

## M A T E R I A Ł P O R Ó W N A W C Z Y

do ustawy z dnia 14 października 2021 r.

### **o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw**

(druk nr 531)

U S T A W A z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773 i 1834)

#### Art. 1.

Ustawa określa:

- 1) warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) zasady i tryb finansowania świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 2a) zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
- 3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 4) zasady powszechnego - obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- [5] *podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 5, str. 72, z późn. zm.), rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającego rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze*

*objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1);]*

**<5) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 32;>**

- 6) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem";
- 6a) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej "Agencją";
- 7) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń, o których mowa w pkt 1.
- 8) wysokość odpisu dla Agencji Badań Medycznych.

### Art. 3.

1. Ubezpieczonymi są:

*[1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej "państwem członkowskim UE lub EFTA", zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA,]*

**<1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa,>**

2) osoby nieposiadające obywatelstwa *[państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanego dalej "państwem członkowskim UE lub EOG", lub Konfederacji Szwajcarskiej]* **< państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa>**, które przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia

---

Objaśnienie oznaczeń: *[ ] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany,

2a) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,

[3) *osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA]*

**<3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa >**

- jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68;

4) *[osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:]*

**<osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:>**

a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 423, 432 i 619),

b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2021 r. poz. 266).

**<1a. Ubezpieczonymi są także inne niż wymienione w ust. 1 pkt 2–3 osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1.>**

---

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

2. Ubezpieczonymi są także:

- 1) studenci i doktoranci, którzy odbywają kształcenie w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA <, **lub Zjednoczonego Królestwa** > i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3,
- 2) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy, którzy nie posiadają obywatelstwa [*państwa członkowskiego UE lub EFTA - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym*] <**państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa**> i nie są osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany lub uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,
  - 2a) (uchylony),
  - 3) odbywający staż adaptacyjny,
  - 4) odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA <, **lub Zjednoczonego Królestwa**> i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3- jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68;
- 5) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA < **lub Zjednoczonego Królestwa**,>, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 6) członkowie rodzin osób, [*o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 2a*] < **o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 2a oraz ust. 1a**> , zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3.

---

Objaśnienie oznaczeń: [*] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> **druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

Art. 5.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) ambulatoryjna opieka zdrowotna - udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
- 2) apteka - aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny, z którymi Fundusz zawarł umowę na wydawanie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego objętych refundacją;
- 2a) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów;
- 3) członek rodziny - następujące osoby:
  - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
  - b) małżonka,
  - c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 3a) działacz opozycji antykomunistycznej - osobę, o której mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 319 i 1578 oraz z 2021 r. poz. 353 i 794), o potwierdzonym statusie działacza opozycji antykomunistycznej;
- 4) felczer ubezpieczenia zdrowotnego - felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4a) Fundusz Medyczny - Fundusz Medyczny, o którym mowa w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875);

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 5) inwalida wojenny lub wojskowy - osobę, o której mowa w art. 6-8 lub w art. 30 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2020 r. poz. 203 i 252);
- 5a) cywilna niewidoma ofiara działań wojennych - osobę, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz. U. z 2020 r. poz. 684 oraz z 2021 r. poz. 794);
- 6) instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę - instytucję wypłacającą rentę strukturalną zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych, przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej lub przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich;
- 7) kombatant - osobę, o której mowa w art. 1-4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2020 r. poz. 517 oraz z 2021 r. poz. 794);
- 7a) kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2, obejmującą niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach;
- 8) korzystający - organizację, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostkę organizacyjną, o których mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2020 r. poz. 1057 oraz z 2021 r. poz. 1038);
- 9) lek - produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 i 981);
- 10) (uchylony);
- 11) lek recepturowy - produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;
- 12) (uchylony);
- 13) (uchylony);

- 13a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej - lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1050);
- 14) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 14a) migracja ubezpieczonych - korzystanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na terytorium innych oddziałów wojewódzkich Funduszu, z wyłączeniem świadczeń, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. e, lub nabywanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, leków i wyrobów medycznych, bezpłatnie, za opłatą ryczałtową albo za częściową odpłatnością, w aptekach działających na terytorium innych oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 15) minimalne wynagrodzenie - minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2020 r. poz. 2207);
- 15a) Narodowy Rachunek Zdrowia - zestawienie wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, uwzględniające źródła finansowania ochrony zdrowia, dostawców usług medycznych oraz funkcje tych usług, oparte na zasadach przejrzystości i rzetelności gromadzonych danych;
- 16) (uchylony);
- 17) niepełnosprawny - osobę, o której mowa w art. 4-5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573);
- 17a) nocna i świąteczna opieka zdrowotna - świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym;

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 18) odbywający staż adaptacyjny - wnioskodawcę odbywającego staż adaptacyjny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2020 r. poz. 220 oraz z 2021 r. poz. 78);
- 19) osoba bezdomna wychodząca z bezdomności - osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami o pomocy społecznej;
- 19a) osoba deportowana do pracy przymusowej - osobę deportowaną do pracy przymusowej lub osadzoną w obozie pracy przez III Rzeszę lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich, której przyznano uprawnienie do świadczenia pieniężnego, o którym mowa w art. 1a ust. 1 ustawy z dnia 31 maja 1996 r. o osobach deportowanych do pracy przymusowej oraz osadzonych w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (Dz. U. z 2019 r. poz. 1168 oraz z 2021 r. poz. 794);
- 20) osoba pobierająca emeryturę lub rentę - osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U. z 2018 r. poz. 872) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1867), oraz osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy;
- 20a) osoba pobierająca rodzicielskie świadczenie uzupełniające - osobę, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz. U. z 2021 r. poz. 419);
- 21) osoba prowadząca działalność pozarolniczą - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 22) osoba represjonowana - osobę, o której mowa w art. 12 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego;
- 22a) osoba represjonowana z powodów politycznych - osobę, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych, o potwierdzonym statusie osoby represjonowanej z powodów politycznych;



- 23) osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA **<lub Zjednoczonego Królestwa,>**, a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;
- 24) osoba współpracująca - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej - pielęgniarkę, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
- 26) pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego - pielęgniarkę lub położną będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo pielęgniarkę lub położną zatrudnioną lub wykonującą zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 26a) podmiot kontrolowany - świadczeniodawcę, osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523), zwanej dalej "ustawą o refundacji", lub aptekę, u których jest prowadzona kontrola, o której mowa w dziale IIIA;
- 27) podstawowa opieka zdrowotna - podstawową opiekę zdrowotną, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
- 28) położna podstawowej opieki zdrowotnej - położną, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;
- 28a) poradnia przyszpitalna - komórkę organizacyjną podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowaną w tej samej co szpital dzielnicy, o której mowa w ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2020 r. poz. 713 i 1378 oraz z 2021 r. poz. 1038) albo w ustawie z dnia 15 marca 2002 r. o ustroju miasta stołecznego Warszawy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1817), a w przypadku gmin, w których nie wprowadzono podziału na dzielnice - w tej samej gminie, i tworzącą funkcjonalną całość ze szpitalem, w której są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne odpowiadające, co do rodzaju udzielanych świadczeń, świadczeniom szpitalnym;

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 29) potrzeby zdrowotne - liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;
- 29a) program polityki zdrowotnej - zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego;
- 30) program zdrowotny - zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz;
- 30a) program pilotażowy - zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych;
- 31) przeciętne wynagrodzenie - przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski";
- [32) *przepisy o koordynacji - przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są*

---

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

◁> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

*jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń;]*

**<32) przepisy o koordynacji – przepisy dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w:**

- a) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.),
- b) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.),
- c) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1),
- d) decyzjach wydanych na podstawie przepisów rozporządzeń, o których mowa w lit. a–c,
- e) umowie o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1),
- f) protokole w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10) oraz w decyzjach wydanych na podstawie tej umowy;>

32a) rachunek - fakturę w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2021 r. poz. 685, 694 i 802) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2020 r. poz. 1325, z późn. zm.);

32b) (uchylony);

- 32c) system IOWISZ - system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666);
- 33) stan nagły - stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, 2112 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159);
- 33a) transport sanitarny - przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu;
- 33b) środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego - środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu ustawy o refundacji;
- 34) świadczenie opieki zdrowotnej - świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące;
- 35) świadczenie gwarantowane - świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie;
- 36) świadczenie specjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 37) świadczenie zdrowotne rzeczowe - związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
- 38) świadczenie towarzyszące - zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego;
- 39) świadczenie wysokospecjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej lub procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:
- a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,
- b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;
- 

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 40) świadczenie zdrowotne - działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;
- 41) świadczeniodawca:
- a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
  - b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
  - c) (uchylona),
  - d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne,
  - e) podmiot udzielający opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97);
- 42) procedura medyczna - postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- 42a) taryfa świadczeń - zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji;
- 42b) technologia medyczna - leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne;
- 43) ubezpieczenia społeczne - ubezpieczenia określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 44) ubezpieczenie społeczne rolników - ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- 44a) uprawniony żołnierz lub pracownik - żołnierz lub pracownik wojska, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. z 2021 r. poz. 396), który doznał urazu lub zachorował podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa;
- 

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 44b) weteran poszkodowany - osobę posiadającą status weterana poszkodowanego nadany na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 2055);
- 45) wolontariusz - osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
- 46) wyroby medyczne - wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 186 i 1493 oraz z 2021 r. poz. 255);
- 47) żołnierz zastępczej służby wojskowej - osobę, o której mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach m.d. uranu i batalionach budowlanych (Dz. U. z 2020 r. poz. 619 oraz z 2021 r. poz. 794).

Art. 42b.

1. Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska [*państwa członkowskiego UE lub EOG*] **<państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym >**, zwanego dalej "zwrotem kosztów".
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do:
  - 1) obowiązkowych szczepień ochronnych;
  - 2) opieki długoterminowej, jeżeli jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego;
  - 3) przydziału i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów, obejmujących czynności, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2020 r. poz. 2134).
3. Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest uzyskanie przez świadczeniobiorcę, przed skorzystaniem ze świadczenia, o którym mowa w ust. 1, podlegającego zwrotowi kosztów, odpowiedniego skierowania lub zlecenia na przejazd środkami transportu

---

Objaśnienie oznaczeń: [*] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> **druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

sanitarnego, zgodnie z art. 32, art. 33 ust. 1, art. 33a ust. 1, art. 41 lub art. 57-59 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 31d.

4. Skierowanie lub zlecenie na przejazd środkami transportu sanitarnego, wymagane zgodnie z ust. 3, może być wystawione również przez lekarza wykonującego zawód w innym niż Rzeczpospolita Polska [*państwie członkowskim UE lub EOG*] < **państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie będącym stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EOG”**>. Takie skierowanie lub zlecenie traktuje się jak skierowanie lub zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
5. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest potwierdzenie skierowania zgodnie z art. 33 ust. 2, w zakresie celowości leczenia uzdrowiskowego, przed skorzystaniem z tych świadczeń.
6. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 15, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest:
  - 1) zakwalifikowanie pacjenta przez świadczeniodawcę do danego programu lekowego;
  - 2) niezastnienie kryteriów wyłączenia z programu określonych w opisie programu lekowego.
7. W przypadku gdy w trakcie trwania leczenia świadczeniobiorcy w ramach programu lekowego zaistniały kryteria wyłączenia, o których mowa w ust. 6 pkt 2, zwrot kosztów obejmuje koszt świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych do momentu zaistnienia tych kryteriów.
8. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, udzielanego w ramach programów zdrowotnych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 13, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest spełnienie wymogów warunkujących udział pacjenta w danym programie.
9. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1, warunkiem zwrotu kosztów jest uprzednie wydanie zgody przez Prezesa Funduszu na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EOG. Uprzednia zgoda obejmuje także świadczenia opieki zdrowotnej, które nie były bezpośrednio przedmiotem tej zgody, jeżeli ich udzielenie okazało się konieczne w związku z udzielaniem świadczenia opieki zdrowotnej objętego zgodą.

---

Objaśnienie oznaczeń: [*] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> **druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

10. Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania zwrotu kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartego w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy o refundacji, lub mającego w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji, który został zakupiony w aptece działającej na terytorium:
- 1) państwa członkowskiego UE lub EOG, na podstawie recepty wystawionej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG przez osobę uprawnioną do wystawiania recept z zgodnie z przepisami tego państwa;
  - 2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie recepty transgranicznej, o której mowa w art. 95b ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.
11. Świadczeniobiorca jest uprawniony do uzyskania zwrotu kosztów zakupu lub naprawy wyrobu medycznego będącego świadczeniem gwarantowanym, który został zakupiony lub podlegał naprawie na terytorium:
- 1) państwa członkowskiego UE lub EOG, na podstawie zlecenia wystawionego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG przez osobę uprawnioną do jego wystawienia zgodnie z przepisami tego państwa;
  - 2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej, na podstawie zlecenia wystawionego przez osobę uprawnioną, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, na zasadach określonych w tej ustawie.
12. Zwrot kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, o którym mowa w ust. 10 pkt 1, dotyczy wyłącznie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych ordynowanych zgodnie z potwierdzonymi w dokumentacji medycznej wskazaniem, odpowiadającymi zakresowi wskazań objętych refundacją dla danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, określonemu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji.



Art. 42i.

[1. Prezes Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanej dalej "wnioskodawcą", na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania, instytucji miejsca pobytu albo instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, zwanych dalej "podmiotem uprawnionym", w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji.]

**<1. Prezes Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanej dalej „wnioskodawcą”, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania albo instytucji miejsca pobytu w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub Zjednoczonym Królestwie, zwanych dalej „podmiotem uprawnionym”, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji.>**

2. Prezes Funduszu może wydać wnioskodawcy, który uzyskał zgodę, o której mowa w ust. 1, na wniosek podmiotu uprawnionego, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu:

1) do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub EFTA **<, lub Zjednoczonym Królestwie>** - najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia;

- 2) do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju - najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.
- 2a. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, 2 i 9, może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego, opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym. Wymagane załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
3. (uchylony).
4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.
5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
  - 1) w części wypełnianej przez wnioskodawcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę:
    - a) imię i nazwisko oraz numer PESEL wnioskodawcy, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia wnioskodawcy,
    - b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji wnioskodawcy,
    - c) imię i nazwisko oraz numer PESEL przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,
    - d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli posiada,
  - f) wskazanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, działającego w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, **<lub Zjednoczonym Królestwie,>** w którym mają zostać udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem,
  - g) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- 2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 4:
- a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,
  - b) pieczętkę, nadruk albo naklejkę zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza wypełniającego wniosek,
  - c) pieczętkę, nadruk albo naklejkę zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,
  - d) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
  - e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,
  - f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,
  - g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,
  - h) określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek,
  - i) uzasadnienie wniosku,
  - j) spis załączników do wniosku.
6. Do dokumentacji medycznej dołączanej do wniosku, o którym mowa w ust. 1, przepis art. 42f ust. 5 pkt 1 stosuje się odpowiednio.
7. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, oprócz elementów wymienionych w ust. 5 zawiera wskazanie przez lekarza wypełniającego wniosek proponowanego środka transportu, wraz z uzasadnieniem.
- 

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

8. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, oprócz elementów wymienionych w ust. 5 pkt 1 zawiera:
- 1) nazwę i adres podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, < **lub Zjednoczonym Królestwie,**> w którym przebywa wnioskodawca;
  - 2) wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia.
9. W przypadku gdy wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, < **lub Zjednoczonego Królestwa,**> korzystając ze świadczeń udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, Prezes Funduszu wydaje, na wniosek podmiotu uprawnionego, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju - najtańszym środkiem transportu możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy, gdy przewidywane koszty dalszego leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.
- 9a. W decyzji, o której mowa w ust. 9, Prezes Funduszu wskazuje świadczeniodawcę, posiadającego umowę z Funduszem, który przeprowadzi dalsze leczenie w kraju, po dokonaniu niezbędnych uzgodnień z tym świadczeniodawcą.
10. Do wniosku, o którym mowa w ust. 9, przepisy ust. 8 stosuje się odpowiednio.
11. Do wniosku, o którym mowa w ust. 9, dołącza się:
- 1) dokumentację sporządzoną przez szpital, o którym mowa w ust. 9, zawierającą aktualne rozpoznanie kliniczne, opis aktualnego stanu zdrowia wnioskodawcy, określenie prawdopodobnego zakresu i czasu trwania dalszego leczenia oraz wskazanie środka transportu możliwego do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy;
  - 2) wstępny kosztorys dalszego leczenia sporządzony przez szpital, o którym mowa w ust. 9;
  - 3) tłumaczenie na język polski dokumentów, o których mowa w pkt 1 i 2; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.
12. Decyzje odmawiające wydania zgód, o których mowa w ust. 1, 2 i 9, są ostateczne. Od decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 51.

1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż
- 

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, < **lub Zjednoczonego Królestwa**,> Fundusz wydaje, na zasadach i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji, Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.

2. (uchylony).

3. Przepisy wydane na podstawie art. 49 ust. 9 pkt 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 68.

1. Osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, pracownik przebywający na urlopie bezpłatnym, poseł do Parlamentu Europejskiego wybrany w Rzeczypospolitej Polskiej lub osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, do której ma zastosowanie art. 11 ust. 3 lit. e rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego <**lub art. SSC.10 ust. 3 lit. c protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony**>, może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.
3. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, w terminie 7 dni od dnia określonego w umowie, o której mowa w ust. 5, lub od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia.
4. Podstawę wymiaru składki opłacanej przez:
  - 1) osobę, o której mowa w ust. 1, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu;
  - 2) korzystającego, o którym mowa w ust. 2, stanowi kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu;

- 3) osobę, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.
5. Osoba, o której mowa w ust. 1, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Funduszem, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.
6. Wolontariusz, o którym mowa w ust. 2, zostaje objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez korzystającego z Funduszem, a przestaje być nim objęty z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.
7. Objęcie osoby, o której mowa w ust. 1, ubezpieczeniem zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty na rachunek Funduszu.
8. Wysokość opłaty jest uzależniona od okresu, w którym osoba, o której mowa w ust. 1, nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, i wynosi:
  - 1) 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku;
  - 2) 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej roku do 2 lat;
  - 3) 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 2 lat do 5 lat;
  - 4) 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 5 lat do 10 lat;
  - 5) 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 10 lat.
- 8a. W przypadku marynarzy będących osobami, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 i 2, z wyłączeniem osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zgody na pobyt ze względów humanitarnych lub zgody na pobyt tolerowany, oraz w pkt

---

Objaśnienie oznaczeń: [*] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> **druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

2a, z wyłączeniem osób korzystających z ochrony czasowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, do okresu, o którym mowa w ust. 8, nie wlicza się okresu ich zatrudnienia na statkach morskich o obcej przynależności.

9. Opłata nie dotyczy osób wymienionych w art. 3 ust. 2.
10. Przy obliczaniu opłaty do okresu, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była ubezpieczona, dolicza się okres niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie dotychczasowych przepisów.
11. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby, o której mowa w ust. 1, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na 12 rat.
12. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, o której mowa w ust. 1, i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, oraz wolontariusza, o którym mowa w ust. 2, przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

#### Art. 75.

1. Osoby pobierające emeryturę lub rentę lub rodzicielskie świadczenie uzupełniające zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwa do wydania decyzji w sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, właściwy organ emerytalny lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.

*[1a. W przypadku dokonywania wypłaty emerytury lub renty z innego państwa członkowskiego bank kieruje do Funduszu zapytanie dotyczące podlegania przez tę osobę ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej.]*

**<1a. W przypadku dokonywania wypłaty emerytury lub renty pochodzącej z innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub ze Zjednoczonego Królestwa, bank kieruje do Funduszu zapytanie dotyczące podlegania przez tę osobę ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty.>**

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 1b. W przypadku, o którym mowa w ust. 1a, zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następuje do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym bank otrzymał od Funduszu informację potwierdzającą podleganie danej osoby ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty.
2. Osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.
- 2a. Osoby pobierające nauczycielskie świadczenia kompensacyjne zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.
3. Osoby pobierające uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, a także osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający to uposażenie lub świadczenie.
- 3a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego sąd, w którym ławnik pełni swoją funkcję.
4. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17, 18 i 20, zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli, uczelnie, podmioty prowadzące szkoły doktorskie, placówki pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze i domy pomocy społecznej.
5. Dzieci, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 19, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych - centrum usług społecznych, na wniosek opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka albo z własnej inicjatywy.



6. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 21, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio wyższe seminarium duchowne albo teologiczne lub zakon albo jego odpowiednik.
7. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 22, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego.
8. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 23, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.
9. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego właściwy powiatowy urząd pracy.
- 9a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot kierujący (beneficjent) na szkolenie, staż lub przygotowanie zawodowe dorosłych, którym jest:
  - 1) jednostka samorządu terytorialnego i jej jednostka organizacyjna, z wyjątkiem wojewódzkiego i powiatowego urzędu pracy,
  - 2) Ochotniczy Hufiec Pracy,
  - 3) agencja zatrudnienia,
  - 4) instytucja szkoleniowa,
  - 5) instytucja dialogu społecznego,
  - 6) instytucja partnerstwa lokalnego,
  - 7) organizacja pozarządowa działająca na rzecz rozwoju zasobów ludzkich i przeciwdziałania bezrobociu,
  - 8) podmiot, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1, 2 i 4-8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
  - 9) organizacja pracodawców,
  - 10) związek zawodowy,
  - 11) wojewódzki ośrodek doradztwa rolniczego,
  - 12) ośrodek poradnictwa zawodowego i psychologicznego- korzystający z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych na podstawie umowy o dofinansowanie projektu albo decyzji, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz. U. z 2019 r. poz. 1465 i 2020), ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U.

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

z 2021 r. poz. 1057) albo ustawie z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818).

10. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 26, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych - centrum usług społecznych.
11. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28-28b, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego wójt, burmistrz lub prezydent miasta.
12. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 29 i 30, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych - centrum usług społecznych, realizujące indywidualny program zatrudnienia socjalnego lub indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub ośrodek pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych - centrum usług społecznych, realizujące kontrakt socjalny w wyniku zastosowania procedury, o której mowa w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
13. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji.
14. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31 i 31b, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Szef Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.
- 14a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, w której zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w art. 73 pkt 14a.
15. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 15a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.
16. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 34, do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszają się same za pośrednictwem Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te są obowiązane niezwłocznie złożyć w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego.
17. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot, w którym działa rada nadzorcza.
18. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury.

Art. 87.

1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 80 ust. 2, art. 84, art. 85 i art. 86, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić i rozliczyć składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianych dla składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli do tych osób i jednostek nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym - w terminie do 15. dnia następnego miesiąca.
- 1a. Rolnicy, o których mowa w art. 84a, są obowiązani opłacać, bez uprzedniego wezwania, składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdą osobę podlegającą ubezpieczeniu, za każdy miesiąc, kwartalnie - w terminach określonych dla składek na ubezpieczenie społeczne rolników.
- 1b. Składka na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur i rent rolniczych wypłacanych raz na kwartał jest odprowadzana w całości w terminie do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczenie zostało wypłacone.
2. W przypadku rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur, rent, nauczycielskich świadczeń kompensacyjnych, zasiłków przedemerytalnych i świadczeń przedemerytalnych oraz świadczeń pieniężnych dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych:
- 1) nie przekazuje imiennych raportów miesięcznych;

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 2) wykazuje składki w odrębnej deklaracji rozliczeniowej.
3. Od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobiera się odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.
4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:
  - 1) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a i c-i, pkt 1a-8, 8b-33 i 35 oraz w art. 68 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2;
  - 1a) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 8a są opłacane i ewidencjonowane w centrali Funduszu;
  - 2) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i ba oraz pkt 16 pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 34 są opłacane i ewidencjonowane w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
  - 3) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 36 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.
- 4a. Składka osób prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych na wspólny rachunek jest ewidencjonowana na indywidualnych kontach tych osób w wysokości proporcjonalnej do ich udziału w prowadzonej produkcji. W przypadku braku określenia wielkości udziałów przyjmuje się, że są one równe.
- 4b. Ewidencjonowanie składki małżonków prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych następuje w równych częściach.
- 4c. Przepisy ust. 4a i 4b nie dotyczą ubezpieczonych, którzy odrębnie deklarują kwotę dochodu z działów specjalnych.
5. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do centrali Funduszu.
6. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne i należności pochodne od składek niezwłocznie do centrali Funduszu, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich wpływu na rachunek, o którym mowa w art. 47 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, przekazują nieodpłatnie do centrali Funduszu lub - na jego wniosek - do oddziału wojewódzkiego Funduszu, dane o ubezpieczonych oraz zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego członkach rodzin ubezpieczonych, określone w art. 188 ust. 4 pkt 1, 7-9 i 13, oraz o opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i 3, i w imiennym raporcie miesięcznym, oraz o odsetkach za zwłokę, w terminie 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających ustalenie ich wysokości i rozdzielenie ich na ubezpieczonych.
8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, przekazują nieodpłatnie centrali Funduszu lub oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, na ich wniosek, dane związane z:
- 1) ustaleniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji;
  - 2) potwierdzeniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie członkowskim UE lub EFTA <, **lub Zjednoczonym Królestwie** > zgodnie z przepisami o koordynacji, dotyczące:
    - a) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy,
    - b) nazwy, rodzaju lub kategorii choroby zawodowej oraz stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku tej choroby,
    - c) wypłacenia zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu wypadku przy pracy oraz przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, a także okresu, za który zostały wypłacone,
    - d) uznania zdarzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego za wypadek przy pracy.
9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7-10 i 13, zawarte w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i 3, po przeprowadzeniu ich weryfikacji polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi rejestrem PESEL.

---

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

- 9a. W przypadku gdy Fundusz na podstawie danych otrzymanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego stwierdzi, że osoba podlega w tym samym czasie obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zarówno z tytułu objęcia ubezpieczeniami społecznymi oraz ubezpieczeniem społecznym rolników, przekazuje tę informację do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
10. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu sprawozdanie zawierające informacje, w podziale na poszczególnych ubezpieczonych, o należnej składce z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, podane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1, i w imiennych raportach miesięcznych, za dany kwartał, nie później niż do ostatniego dnia drugiego miesiąca następującego po tym kwartale.
- 10a. Organ prowadzący rejestr PESEL udostępnia centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej:
- 1) nowo nadane numery PESEL i odpowiadające im imiona, nazwiska i nazwiska rodowe oraz wskazanie rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość danej osoby;
  - 2) numery PESEL dzieci i ich rodziców, których dane są gromadzone w rejestrze PESEL - jeżeli są dostępne;
  - 3) numery PESEL i odpowiadające im imiona, nazwiska i nazwiska rodowe osób, których zgon został zgłoszony;
  - 4) informacje o zmianie danych, o których mowa w pkt 1-3.
- 10b. Organ prowadzący rejestr PESEL i Fundusz uzgadniają format udostępnianych danych, o których mowa w ust. 10a.
- 10c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, przekazują do centrali Funduszu odpowiednio dane dotyczące wszystkich osób pobierających zasiłki, o których mowa w art. 67 ust. 6, i wszystkich osób, które złożyły wnioski o emeryturę lub rentę, o których mowa w art. 67 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 10f, oraz o pracownikach korzystających z urlopu bezpłatnego.
- 10d. Zakres danych dotyczących wszystkich osób posiadających prawo do zasiłku, o których mowa w art. 67 ust. 6, i wszystkich osób, które złożyły wnioski o emeryturę lub rentę, o których mowa w art. 67 ust. 7, obejmuje dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7 i 9, tytuł uprawnienia oraz datę odpowiednio powstania i ustania prawa do zasiłku

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

albo datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę, a w przypadku osób, o których mowa w art. 67 ust. 6 - także okres, na który przyznano prawo do zasiłku, określony w decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

- 10e. Zakres danych dotyczących pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego obejmuje dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7 i 9, oraz datę rozpoczęcia i zakończenia urlopu bezpłatnego.
- 10f. Organ emerytalny właściwy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2020 r. poz. 586 i 2320) oraz ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin<sup>(24)</sup> (Dz. U. z 2020 r. poz. 723 i 2320) wydaje osobie, która złożyła wniosek o emeryturę lub rentę, zaświadczenie potwierdzające złożenie wniosku oraz przekazuje niezwłocznie kopię tego zaświadczenia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.
- 10g. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 10f, zawiera dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7 i 9, tytuł uprawnienia oraz datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę.
11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu i oddziału wojewódzkiego Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób, o których mowa w ust. 10c-10e, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności i integralności przekazywanych danych.
12. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, terminy, zakres i tryb weryfikacji danych ubezpieczonych, o której mowa w ust. 9, oraz sposób postępowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w razie

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

stwierdzenia ich niezgodności i tryb dokonywania niezbędnych korekt w przypadku stwierdzenia niezgodności przekazywanych danych, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.

Art. 97.

1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.
2. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
3. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:
  - 1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
  - 2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9;
  - 2b) finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 12;
  - 2c) finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1;
  - 2d) organizacja wspólnych postępowań na zakup leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, w przypadku, o którym mowa w art. 132 ust. 2a, prowadzonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych;
  - 2e) finansowanie leków przysługujących świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1;
  - 2f) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, w zakresie zwiększonych kwot zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c;

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**



- 2g) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju, przysługujących świadczeniobiorcom na podstawie art. 42d, 42i i 42j;
- 3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;
- 3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;
- 3b) (uchylony);
- 3c) dokonywanie zwrotu kosztów w przypadku świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa, z zastrzeżeniem art. 42b ust. 2, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 4) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;
- 4a) wdrażanie, finansowanie, monitorowanie i ewaluacja programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ust. 5;
- 4b) opracowywanie, ustalanie, wdrażanie, finansowanie, monitorowanie, ewaluacja oraz nadzór i kontrola programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ust. 7;
- 4c) finansowanie informatyzacji świadczeniodawców, której celem jest udzielanie przez nich świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenie i wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacja dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej oraz udostępnianie elektronicznych usług świadczeniobiorcom lub innym podmiotom;
- 5) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów polityki zdrowotnej;
- 6) monitorowanie ordynacji lekarskich;
- 7) promocja zdrowia i profilaktyka chorób, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d;
- 8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
- 9) prowadzenie działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia, w tym promowanie Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 10) wyliczanie kwot, o których mowa w art. 4 i art. 34 ustawy o refundacji oraz w art. 102 ust. 5 pkt 29;
  - 11) monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień wynikających z art. 24a-24c. art. 44 ust. 1a-1c, art. 46 ust. 7-9, art. 47 ust. 2 i 2a, art. 47c oraz art. 57 ust. 2 pkt 10, 12 i 13;
  - 12) wykonywanie zadań Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, zwanego dalej "KPK";
  - 13) realizacja programów rządowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1787), w zakresie wsparcia zdrowotnego osób niepełnosprawnych;
  - 14) <sup>(40)</sup> finansowanie zadań, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 5 i 6 oraz ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2150 oraz z 2021 r. poz. 1559), przez przekazywanie środków finansowych Agencji Badań Medycznych w postaci odpisu, o którym mowa w ust. 3e;
  - 15) finansowanie wydawania zaświadczeń, o których mowa w art. 133 § 2b ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego, oraz czynności związanych z ich wydawaniem;
  - 16) wspieranie zadań finansowanych w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej, o którym mowa w art. 86 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2094 oraz z 2021 r. poz. 802 i 815);
  - 17) wspieranie zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowanych ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, o którym mowa w art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych;
  - 18) <sup>(41)</sup> przygotowywanie i przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia danych i analiz niezbędnych do sporządzenia mapy.
- 3a. Do zadań Funduszu należy rozliczanie z instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich UE lub EFTA <, **lub Zjednoczonym Królestwie**>:
- 1) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4;

2) kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z wyłączeniem kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego

- w stosunku do osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4, obciąża Fundusz kosztami tych świadczeń oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadczeń wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego UE lub EFTA <, **lub Zjednoczonego Królestwa**> Fundusz przekazuje na rachunek urzędu ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie [14 dni] <**21 dni**> od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu.

3c. W przypadku rozliczania przez Fundusz kosztów medycznych czynności ratunkowych udzielonych osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji przez zespoły ratownictwa medycznego, Fundusz powiadamia właściwego wojewodę o należnościach przysługujących mu z tego tytułu. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego UE lub EFTA <, **lub Zjednoczonego Królestwa**> Fundusz przekazuje na rachunek urzędu właściwego wojewody w terminie [14 dni] <**21 dni**> od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu. Przepisu nie stosuje się do lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

[3d. *Fundusz jest instytucją właściwą, instytucją miejsca zamieszkania, instytucją miejsca pobytu oraz instytucją łącznikową w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, w rozumieniu przepisów o koordynacji, oraz prowadzi, w centrali Funduszu, punkt kontaktowy, o którym mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, służący do wymiany danych w ramach Systemu Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.*]

---

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

**<3d. Fundusz jest instytucją właściwą, instytucją miejsca zamieszkania, instytucją miejsca pobytu oraz instytucją łącznikową w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, w rozumieniu przepisów o koordynacji, oraz prowadzi, w centrali Funduszu, punkt kontaktowy, o którym mowa w przepisach o koordynacji.>**

3e. W celu realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 14, Fundusz przekazuje Agencji Badań Medycznych środki finansowe w postaci odpisu w wysokości 0,3% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne na ten rok określonych w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, albo ustalonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 5, albo w trybie, o którym mowa w art. 123 ust. 3.

3f. Odpis jest przekazywany do Agencji Badań Medycznych przez Fundusz do dnia 30 stycznia roku kalendarzowego. Od kwoty nieprzekazanego przez Fundusz w terminie odpisu dla Agencji przysługują odsetki za zwłokę, na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

3g. W celu realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 16, Fundusz w terminach nie później niż do 31 stycznia oraz 31 lipca roku kalendarzowego przekazuje, w dwóch równych transzach, na rachunek Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej środki finansowe w łącznej wysokości 117 mln zł, uwzględniane w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, albo ustalonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 5, albo w trybie, o którym mowa w art. 123 ust. 3. Od kwoty nieprzekazanych przez Fundusz środków przysługują odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych jak dla zaległości podatkowych.

3h. W celu realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 17, Fundusz, przekazuje na rachunek Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych środki finansowe w wysokości nie wyższej niż 8% środków uzyskiwanych przez Fundusz w poprzednim roku kalendarzowym zgodnie z art. 9<sup>2</sup> ust. 19 i 20 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, uwzględniane w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, albo ustalonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 5, albo w trybie, o którym mowa w art. 123 ust. 3.

4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;

---

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

- 2) przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu;
  - 3) przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
  - 4) przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy;
  - 5) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
  - 6) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.
5. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej.
6. Fundusz nie może być właścicielem podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.
7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4, 6 i 11 w odniesieniu do podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu oraz Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 96 ust. 4.
8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na finansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2b, 2c i 2e. Dotacja nie uwzględnia kosztów administracyjnych.
- 8a. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych na podstawie art. 131d. W ramach tej dotacji Fundusz finansuje również zadania, o których mowa w ust. 3 pkt 2a i 3.
- 8b. Fundusz może otrzymywać dotację celową z budżetu państwa na finansowanie części kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 4c.
- 8c. Fundusz otrzymuje dotację z Funduszu Medycznego na finansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2f i 2g.
9. (uchylony).
10. Środki Funduszu mogą być przeznaczane na dofinansowanie zadań dotyczących informatyzacji w ochronie zdrowia realizowanych przez państwową jednostkę budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

11. Fundusz może, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych, zlecać, w drodze porozumienia, jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia zadania dotyczące informatyzacji w ochronie zdrowia.
12. Porozumienie, o którym mowa w ust. 11, określa co najmniej zakres, termin realizacji zlecanego zadania i koszt jego realizacji z wyodrębnieniem kosztów wynagrodzeń, kosztów bieżących i inwestycyjnych.
13. W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 11, Fundusz niezwłocznie przekazuje środki finansowe przeznaczone na realizację zlecanego zadania na rachunek budżetu państwa. Minister właściwy do spraw finansów publicznych niezwłocznie dokonuje zmiany w zakresie budżetu państwa w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia przez jej zwiększenie o równowartość środków przekazanych przez Fundusz, z uwzględnieniem kosztów wynagrodzeń pracowników, kosztów bieżących i inwestycyjnych, a minister właściwy do spraw zdrowia zwiększa o tę równowartość plan finansowy jednostki, o której mowa w ust. 10.
14. W budżecie państwa tworzy się rezerwę celową w wysokości odpowiadającej kwocie środków przekazywanych państwowej jednostce budżetowej, o której mowa w ust. 10, przez Fundusz na dochody budżetu państwa.

Art. 117.

1. Kosztami Funduszu są:

- 1) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;
  - 1a) (uchylony);
- 2) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) koszty refundacji określone ustawą o refundacji;
- 4) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a i 3;
  - 4a) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c;
  - 4b) koszty administracyjne związane z realizacją zadania określonego w art. 97 ust. 3 pkt 2d; [4b)] <4ba> koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 16;
  - 4c) koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 17;
- 5) koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;

---

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

- 6) koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży;
  - 7) koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne;
  - 8) koszt wypłaty odszkodowań;
  - 9) inne koszty wynikające z odrębnych przepisów.
2. Środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek.

#### Art. 136.

1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:
  - 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 2a) sposób realizacji instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji, dotyczących danego leku albo środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego - w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 i 16;
  - 3) wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;
  - 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
  - 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
  - 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych;
  - 7) postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
  - 8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w pkt 7.
2. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:
  - 1) z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana, przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego oraz wykonania tej umowy;

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 1a) z zakresu rehabilitacji leczniczej w części dotyczącej świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy;
- 1b) z zakresu leczenia stomatologicznego w części dotyczącej świadczeń udzielanych w dentobusie oraz świadczeń udzielanych uczniom w gabinecie dentystycznym w szkole lub w gabinecie dentystycznym prowadzonym przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym organ prowadzący szkołę zawarł porozumienie, o którym mowa w art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy;
- 1c) w każdym zakresie świadczeń, w części dotyczącej świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy;
- 2) zawieranej w ramach systemu zabezpieczenia, w kwocie zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, obejmuje się ryczałt systemu zabezpieczenia oraz wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania, z zastrzeżeniem art. 132 ust. 5;
- [3) w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. 139a, przed upływem 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, nie może zostać zwiększona kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji.]*
- <3) w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. 139a, przed upływem 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji, nie może zostać zwiększona kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji.>**



Art. 139a.

W postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której *[została wydana opinia]* <wydaje się opinię>, o której mowa w art. 95d ust. 1, może wziąć udział wyłącznie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. W przypadku braku takiej opinii świadczeniodawca może wziąć udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upływie 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie <, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji >.

Art. 154.

1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
2. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
3. Po rozpatrzeniu odwołania Prezes Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Funduszu < **po dokonaniu anonimizacji w zakresie danych osobowych oraz innych danych istotnych ze względu na identyfikację podmiotową osób niebędących stronami postępowania**>.
4. Decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna. Świadczeniodawcy przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego.,
5. (uchylony).
6. (uchylony).
- 6a. Stronami postępowania, o którym mowa w ust. 1-4, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1, oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

7. W przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku Prezes Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.
8. (uchylony).

Art. 188.

1. Fundusz przetwarza dane osobowe ubezpieczonych w celu:
- 1) stwierdzenia istnienia ubezpieczenia zdrowotnego oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz;
  - 2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;
  - 3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;
  - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
  - 4a) potwierdzenia udzielenia świadczeń;
  - 4b) przekazywania świadczeniodawcom informacji istotnych dla procesu udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczących świadczeniobiorców pozostających pod opieką tych świadczeniodawców, a dotyczących świadczeń udzielonych przez innych świadczeniodawców;
  - 5) rozliczenia ze świadczeniodawcami;
  - 6) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Funduszu;
  - 7) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;
  - 8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne, w tym prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją zadań, o których mowa w art. 97;
  - 8a) monitorowania realizacji indywidualnego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej weteranów poszkodowanych;
  - 9) identyfikacji płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 10) prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c;
  - 10a) prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej.
  - 11) prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych, o którym mowa w art. 188e;
  - 12) przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
  - 13) przekazywania świadczeniobiorcom i świadczeniodawcom informacji z zakresu profilaktyki i zdrowego trybu życia, uzyskanych w ramach przetwarzania danych, o których mowa w pkt 8.
- 1a. Fundusz przetwarza dane osobowe osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, w celu:
- 1) rozliczania ze świadczeniodawcami;
  - 2) rozliczania dotacji, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt 5;
  - 3) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 5) potwierdzenia udzielenia świadczeń.
- 1b. Fundusz przetwarza dane osobowe świadczeniobiorców, w celu rozliczania kosztów refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.
2. Fundusz przetwarza dane osobowe osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz umów międzynarodowych w celu:
- 1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 2) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
  - 3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
  - 4a) potwierdzenia udzielenia świadczeń;
  - 5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 6) prowadzenia punktu kontaktowego, o którym mowa w art. 97 ust. 3d.
- 

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 2a. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych związanych z realizacją zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2 i 3a.
- 2b. Fundusz przetwarza następujące dane osobowe pacjentów z innych niż Rzeczpospolita Polska [*państw członkowskich Unii Europejskiej*] < **państw członkowskich UE lub EOG**> w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 97a ust. 2 i 5:
- 1) nazwisko i imię (imiona);
  - 2) obywatelstwo;
  - 3) data urodzenia;
  - 4) numer identyfikacyjny pacjenta w państwie ubezpieczenia;
  - 5) numer dokumentu tożsamości;
  - 6) informacje o stanie zdrowia;
  - 7) informacje o świadczeniach zdrowotnych udzielonych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
  - 8) informacje o lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych zakupionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- 2c. Fundusz przetwarza dane osobowe związane z wystawianiem recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne oraz z ich realizacją w aptece lub wystawianiem zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza dane osobowe:
- 1) ubezpieczonych w celu określonym w ust. 1 pkt 4–8 oraz w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1a;
  - 2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w celu określonym w ust. 2 pkt 2 i 3 oraz w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1a;
  - 3) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4, w celu określonym w ust. 1 pkt 4–8 oraz w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1a.
4. W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1-3, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz przetwarzają następujące dane:
- 1) nazwisko i imię (imiona);
  - 2) nazwisko rodowe;
  - 2a) numery PESEL rodziców;

---

Objaśnienie oznaczeń: [*] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> **druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 3) data urodzenia;
- 4) płeć;
- 5) obywatelstwo;
- 6) (uchylony)
- 7) numer PESEL;
- 8) (uchylony)
- 9) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL;
- 10) adres zamieszkania;
- 11) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;
- 11a) adres zameldowania;
- 11b) adres do korespondencji i inne dane pozwalające na skontaktowanie się z osobą, której dane Fundusz przetwarza w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;
- 12) numer ubezpieczenia;
- 13) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;
- 14) stopień niepełnosprawności;
- 15) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 43 ust. 1, art. 44 ust. 1-1c, art. 45 ust. 1, art. 46 ust. 1, art. 47, art. 47b ust. 1 i 1a oraz art. 47c, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy;
- 15a) informacja o uprawnieniu, o którym mowa w art. 43a ust. 1 i 1a;
- 15b) informacja o uprawnieniu, o którym mowa w art. 43b ust. 1;
- 16) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz osobom, o których mowa w art. 12 i art. 12a;
- 16a) dotyczące stanu zdrowia;
- 17) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 18) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 19) dane dotyczące lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiających receptę na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne lub osób wystawiających zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji;
- 20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną, o których mowa w pkt 19;
- 21) dane dotyczące apteki realizującej receptę na refundowane leki i wyroby medyczne;
- 22) data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 22a) kod tytułu ubezpieczenia;
  - 22b) data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 22c) data wypełnienia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 23) data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 23a) data wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- 24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne, oraz dane dotyczące opłaconych, nieopłaconych, nie-opłaconych w terminie i należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz ze wskazaniem okresu, jakiego dotyczą;
- 25) dane o płatniku składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- 26) typ dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 27) data zgonu;
- 28) dane dotyczące wypadków przy pracy i chorób zawodowych, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 29) informacje, określające ustawodawstwo właściwe zgodnie z przepisami o koordynacji, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 30) dane o przychodach z tytułów rodzących obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego;
- 31) okres uprawnień wynikających z art. 67 ust. 6 i 7;
- 32) informacje, czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 33) kod przyczyny wyrejestrowania z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego;
- 34) numer telefonu;
- 35) adres e-mail.

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

5. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych.
- 5a. Informacje i dane zgromadzone w Funduszu udostępnia się:
- 1) nieodpłatnie organom egzekucyjnym określonym w art. 19 i art. 20 ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2020 r. poz. 1427, z późn. zm.) - w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania egzekucyjnego,
  - 2) odpłatnie komornikom sądowym - w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania egzekucyjnego lub zabezpieczającego albo wykonywania postanowienia o zabezpieczeniu spadku lub sporządzania spisu inwentarza
- w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania egzekucyjnego.
- 5b. Opłata za udzielenie przez Fundusz komornikom sądowym informacji i danych, dotyczących jednego świadczeniobiorcy lub jednego płatnika składek, wynosi 50 zł.
- 5c. Kwota, o której mowa w ust. 5b, podlega waloryzacji o prognozowany w ustawie budżetowej na dany rok średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
- 5d. Komornik sądowy dołącza do wniosku o udzielenie informacji i danych kopię dowodu dokonania opłaty, o której mowa w ust. 5b, na rachunek wskazany przez Fundusz.
- 5e. Informacje i dane zgromadzone w Funduszu, w zakresie wskazanym w ust. 5f, udostępnia się nieodpłatnie, drogą elektroniczną, następującym podmiotom:
- 1) za pośrednictwem ministra właściwego do spraw rodziny:
    - a) organowi właściwemu, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 111), i wojewodzie w celu weryfikacji prawa do świadczeń rodzinnych osób ubiegających się o te świadczenia lub osób je pobierających oraz członków ich rodzin,
    - b) organowi właściwemu wierzyciela, o którym mowa w art. 2 pkt 10 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2021 r. poz. 877), w celu weryfikacji prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego osób ubiegających się o te świadczenia lub osób je pobierających oraz członków ich rodzin,

- c) organowi właściwemu, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2019 r. poz. 2407), i wojewodzie w celu weryfikacji prawa do świadczeń wychowawczych osób ubiegających się o te świadczenia lub osób je pobierających oraz członków ich rodzin;
- 2) ministrowi właściwemu do spraw rodziny w celu:
  - a) umożliwienia organom właściwym i wojewodom weryfikacji prawa do świadczeń, o których mowa w pkt 1,
  - b) w celu monitorowania przez ministra właściwego do spraw rodziny realizacji świadczeń, o których mowa w pkt 1.
- 5f. Zakres udostępnianych danych i informacji obejmuje: imię i nazwisko, numer PESEL, a także informację o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej według stanu na dzień udostępniania. W przypadku osoby, która nie ukończyła 18. roku życia i nie została zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego, informacja o prawie do świadczeń obejmuje także informację, że dana osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.
- 5g. Minister właściwy do spraw rodziny i Fundusz uzgadniają warunki techniczne i organizacyjne wymiany danych, o której mowa w ust. 5e.
- 6. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby spośród wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 2-9, wobec których, z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa form i metod realizacji zadań podlegających ochronie zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, stosuje się odrębny tryb przetwarzania danych, o których mowa w ust. 4. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.
- 7. Fundusz, na wniosek instytutu badawczego lub instytutu naukowego Polskiej Akademii Nauk prowadzących badania naukowe lub działalność naukową w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, albo uczelni prowadzącej kształcenie na studiach w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub nauk społecznych, może udostępnić informacje uzyskane w wyniku przetwarzania danych, w tym danych osobowych, w celu prowadzenia badań lub działalności naukowej mających znaczenie dla wykonywania zadań ustawowych Funduszu.



U S T A W A z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 i 981)

*[Art. 4c.*

*W przypadkach uzasadnionych ochroną zdrowia publicznego, gdy występują poważne trudności w zakresie dostępności produktu leczniczego, który posiada kategorię dostępności, o której mowa w art. 23a ust. 1 pkt 3 i 5, Prezes Urzędu, z uwzględnieniem bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego, może na czas określony wyrazić zgodę na zwolnienie:*

- 1) z obowiązku umieszczenia na opakowaniu i w ulotce dołączanej do opakowania niektórych danych szczegółowych lub*
- 2) w całości albo w części z obowiązku sporządzenia oznakowania opakowania i ulotki dołączanej do opakowania w języku polskim.]*

**<Art. 4c.**

**1. W przypadkach uzasadnionych ochroną zdrowia publicznego, gdy występują poważne trudności w zakresie dostępności produktu leczniczego, który posiada kategorię dostępności, o której mowa w art. 23a ust. 1 pkt 3 lub 5, lub produktu leczniczego, o którym mowa w art. 2 pkt 30 lit. a, z wyłączeniem przypadku, gdy jest on przeznaczony do przeprowadzania szczepień, o których mowa w art. 17 i art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.), Prezes Urzędu, z uwzględnieniem bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego, może na czas określony wyrazić zgodę na zwolnienie:**

- 1) z obowiązku umieszczania na opakowaniu i w ulotce dołączanej do opakowania niektórych danych szczegółowych lub**
- 2) w całości albo w części z obowiązku sporządzenia oznakowania opakowania i ulotki dołączanej do opakowania w języku polskim.**

**2. Zgodę, o której mowa w ust. 1, Prezes Urzędu wyraża dla określonej liczby opakowań produktu leczniczego.>**

U S T A W A z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.)

Art. 17.

1. Osoby, określone na podstawie ust. 10 pkt 2, są obowiązane do poddawania się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym określonym na podstawie ust. 10 pkt 1, zwanym dalej "obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi".
  - 1a. Osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres krótszy niż trzy miesiące są zwolnione z obowiązku poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym, z wyjątkiem szczepień poekspozycyjnych.
2. Wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego jest poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania obowiązkowego szczepienia ochronnego.
3. Obowiązkowego szczepienia ochronnego nie można przeprowadzić, jeżeli między lekarskim badaniem kwalifikacyjnym przeprowadzonym w celu wykluczenia przeciwwskazań do szczepienia a tym szczepieniem upłynęło 24 godziny od daty i godziny wskazanej w zaświadczeniu, o którym mowa w ust. 4.
4. Po przeprowadzonym lekarskim badaniu kwalifikacyjnym lekarz wydaje zaświadczenie ze wskazaniem daty i godziny przeprowadzonego badania.
5. W przypadku gdy lekarskie badanie kwalifikacyjne daje podstawy do długotrwałego odroczenia obowiązkowego szczepienia ochronnego, lekarz kieruje osobę objętą obowiązkiem szczepienia ochronnego do konsultacji specjalistycznej.
- [6. Obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający kwalifikacje, określone na podstawie ust. 10 pkt 3.]*
- <6. Obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne, higienistki szkolne i ratownicy medyczni, posiadający kwalifikacje, określone na podstawie ust. 10 pkt 3.>**
7. Osoby wystawiające zaświadczenie o urodzeniu żywym są obowiązane do założenia karty uodpornienia oraz książeczki szczepień dziecka.
8. Osoby przeprowadzające szczepienia ochronne:

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- 1) prowadzą dokumentację medyczną dotyczącą obowiązkowych szczepień ochronnych, w tym przechowują karty uodpornienia oraz dokonują wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia;
  - 2) sporządzają sprawozdania z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz sprawozdania ze stanu zaszczepienia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną, które przekazują państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu.
9. Obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) wykaz chorób zakaźnych objętych obowiązkiem szczepień ochronnych,
  - 2) osoby lub grupy osób obowiązane do poddawania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, wiek i inne okoliczności stanowiące przesłankę do nałożenia obowiązku szczepień ochronnych na te osoby,
  - 3) kwalifikacje osób przeprowadzających szczepienia ochronne,
  - 4) sposób przeprowadzania szczepień ochronnych,
  - 5) tryb przeprowadzania konsultacji specjalistycznej, o której mowa w ust. 5,
  - 6) wzory zaświadczenia, o którym mowa w ust. 4, książeczki szczepień oraz karty uodpornienia,
  - 7) sposób prowadzenia dokumentacji, o której mowa w ust. 8 pkt 1, i jej obiegu,
  - 8) wzory sprawozdań z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz tryb i terminy ich przekazywania
- uwzględniając dane epidemiologiczne dotyczące zachorowań, aktualną wiedzę medyczną oraz zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia.
11. Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, Program Szczepień Ochronnych na dany rok, ze szczegółowymi wskazaniem dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek, wynikającymi z aktualnej sytuacji epidemiologicznej, przepisów wydanych na podstawie

ust. 10 i art. 19 ust. 10 oraz zaleceń, w terminie do dnia 31 października roku poprzedzającego realizację tego programu.

Art. 19.

1. Osoby lub grupy osób mogą poddawać się szczepieniom ochronnym przeciw chorobom zakaźnym, innym niż szczepienia obowiązkowe, zwanym dalej "zalecanymi szczepieniami ochronnymi".
  2. Zalecane szczepienia ochronne i lekarskie badania kwalifikacyjne ubezpieczonych przeprowadzają świadczeniodawcy, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń.
  3. Koszty przeprowadzenia zalecanych szczepień ochronnych i lekarskich badań kwalifikacyjnych oraz konsultacji specjalistycznych ubezpieczonych są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
  4. Koszty przeprowadzenia zalecanych szczepień ochronnych i lekarskich badań kwalifikacyjnych oraz konsultacji specjalistycznych osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego ponoszą osoby poddające się zalecanym szczepieniom ochronnym i lekarskim badaniom kwalifikacyjnym.
  5. Jeżeli ubezpieczony wykona zalecane szczepienie ochronne lub lekarskie badanie kwalifikacyjne u innego świadczeniodawcy niż wskazany w ust. 2, ponosi koszty badania i przeprowadzenia szczepienia.
- <5a. Wykonanie zalecanego szczepienia ochronnego jest poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania tego szczepienia, które przeprowadza lekarz, a które w przypadku badania kwalifikacyjnego osoby dorosłej przed szczepieniem przeciw grypie może przeprowadzić również felczer, pielęgniarka oraz farmaceuta.**
- 5b. Wykonanie u osoby dorosłej szczepienia przeciw grypie może przeprowadzić także farmaceuta, posiadający kwalifikacje, określone na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3.>**
6. Do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych stosuje się odpowiednio przepisy art. 17 ust. 2-6.
  7. Osoba poddająca się zalecanemu szczepieniu ochronnemu ponosi koszty zakupu szczepionki.

---

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

8. Osoby przeprowadzające zalecane szczepienie ochronne prowadzą dokumentację medyczną, o której mowa w art. 17 ust. 8, oraz:
- 1) wydają osobie poddawanej szczepieniu zaświadczenie o wykonaniu zalecanego szczepienia ochronnego;
  - 2) informują osobę poddawaną szczepieniu o możliwości wydania na jej koszt Międzynarodowej Książeczki Szczepień.
9. Informacje na temat wykonanych szczepień ochronnych, zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia, wymaganych na podstawie międzynarodowych przepisów zdrowotnych, u osób udających się poza granice Rzeczypospolitej Polskiej, są dokumentowane w Międzynarodowej Książeczce Szczepień.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) wykaz zalecanych szczepień ochronnych,
  - 2) sposób finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi,
  - 3) wzór Międzynarodowej Książeczki Szczepień oraz sposób jej wydawania i dokonywania w niej wpisów,
  - 4) sposób prowadzenia dokumentacji z wykonanych zalecanych szczepień ochronnych
- uwzględniając zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia i cele nadzoru epidemiologicznego.

U S T A W A z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 i 1773)

**Art. 99a.**

Przepisów art. 93-99 nie stosuje się do pracowników wykonujących zawód medyczny na podstawie przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa.

**<Art. 99b.**

**1. Członkom zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zatrudnionym na podstawie umowy o pracę przysługuje za każdą godzinę pracy**

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

**dodatek w wysokości 30% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego obliczanej zgodnie z art. 98 ust. 3.**

- 2. Członkom zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zatrudnionym na podstawie umowy innej niż umowa, o której mowa w ust. 1, przysługuje za każdą godzinę pracy dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 30% stawki godzinowej wynikającej z umowy, na podstawie której świadczą pracę.**
- 3. Do stawki godzinowej, o której mowa w ust. 2, nie wlicza się dodatków przysługujących członkowi zespołu ratownictwa medycznego.>**

U S T A W A z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, 1292 i 1559)

Art. 37b.

1. Lek lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowany w ramach programu lekowego lub chemioterapii, dla którego nie wydano kolejnej decyzji o objęciu refundacją, a który jest dostępny na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, przy jednoczesnym braku alternatywnej opcji terapeutycznej w ramach tego programu lekowego lub chemioterapii, za zgodą ministra właściwego do spraw zdrowia wydaną na wniosek Prezesa Funduszu, może być finansowany przez tego Prezesa na dotychczasowych warunkach wynikających z ostatniej decyzji o objęciu refundacją dotyczącej tego leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyłącznie świadczeniobiorcom, którzy rozpoczęli proces leczenia w tym programie lub w chemioterapii najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania tej decyzji, do ukończenia terapii, nie dłużej jednak niż przez okres roku od dnia zakończenia obowiązywania decyzji o objęciu refundacją leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanego w ramach programu lekowego lub chemioterapii.
2. W celu objęcia finansowaniem leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o którym mowa w ust. 1, podmiot odpowiedzialny, o którym mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, składa wniosek do Prezesa Funduszu, najpóźniej w terminie 14 dni *[od dnia ogłoszenia pierwszego obwieszczenia, o*

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

*którym mowa w art. 37 ust. 1]* < **od dnia obowiązywania pierwszego obwieszczenia, o którym mowa w art. 37 ust. 1, obowiązującego po wygaśnięciu ostatniej decyzji, o której mowa w ust. 1**>, wydanego po wygaśnięciu ostatniej decyzji, o której mowa w ust. 1.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, zawiera:

- 1) oznaczenie (firmę) wnioskodawcy, adres siedziby albo miejsca wykonywania działalności gospodarczej, imię i nazwisko, telefon, telefaks, adres poczty elektronicznej i adres korespondencyjny osoby upoważnionej do jego reprezentowania w sprawie tego wniosku;
- 2) datę i numer ostatniej decyzji, o której mowa w ust. 1.

4. Do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych zgodnie z ust. 1 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące programów lekowych.

U S T A W A z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.)

#### Art. 15e.

W przypadku czasowego ograniczenia lub czasowego zawieszenia funkcjonowania żłobka, klubu dziecięcego lub dziennego opiekuna w celu przeciwdziałania COVID-19, otrzymane na zapewnienie funkcjonowania tego żłobka, klubu dziecięcego lub dziennego opiekuna dotacje celowe z budżetu państwa oraz środki z Funduszu Pracy przyznane na realizację programów, o których mowa w art. 62 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2020 r. poz. 326, 568 i 1747) nie podlegają zwrotowi.

#### <Art. 15ea.

**1. Na wniosek świadczeniodawcy, zobowiązanie wynikające z kwot wypłaconych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawcy realizującemu umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:**

**1) w rodzaju leczenie uzdrowiskowe:**

---

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

**<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm**

- a) za okresy: od dnia 14 marca 2020 r. do dnia 14 czerwca 2020 r. i od dnia 24 października 2020 r. do dnia 10 marca 2021 r.,
  - b) za okresy: od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 13 marca 2020 r. i od dnia 15 czerwca 2020 r. do dnia 23 października 2020 r.,
  - 2) za rok 2020 w rodzajach:
    - a) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach stacjonarnych,
    - b) rehabilitacja lecznicza w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach stacjonarnych,
    - c) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie związane z zapewnieniem całodobowej możliwości wykonania świadczenia– jest finansowane na zasadach określonych w ust. 2–13.
  - 2. Zobowiązanie, o którym mowa w ust. 1, jest finansowane w wysokości:
    - 1) nie wyższej niż 70% kwoty zobowiązania wynikającej z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za okresy, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. a;
    - 2) odpowiadającej wyrażonemu w procentach poziomowi realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2020 r. w rodzajach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b oraz pkt 2; w przypadku świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe przy ustalaniu procentu realizacji umowy nie uwzględnia się okresów, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit a.
  - 3. Kwoty finansowane zgodnie z ust. 2, pomniejsza się o kwotę środków finansowych otrzymanych przez świadczeniodawcę na podstawie art. 15gga ust. 1, art. 15ggb ust. 1, art. 15zq ust. 1 pkt 1, art. 15zs2 ust. 1, art. 15zt, art. 15zzb, art. 15zcc, art. 15zce4 ust. 1 oraz art. 31zo ust. 10.
  - 4. Zobowiązanie, o którym mowa w ust. 1, które nie zostało sfinansowane zgodnie z ust. 2 i 3, Narodowy Fundusz Zdrowia rozlicza zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie później niż do dnia 31 grudnia 2023 r.
  - 5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca składa do Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 30 listopada 2021 r. Do wniosku świadczeniodawca załącza oświadczenie o kwocie otrzymanych środków
- 

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm



finansowych, o których mowa w ust. 3. Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

6. Narodowy Fundusz Zdrowia rozpatruje wniosek, o którym mowa w ust. 1, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.
7. Na sfinansowanie kwot zobowiązań ustalonych w sposób, o którym mowa w ust. 2 i 3, Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymuje środki z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa w art. 65 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw, lub w formie dotacji z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
8. Środki, o których mowa w ust. 7, są przekazywane na podstawie sprawozdania Narodowego Funduszu Zdrowia zawierającego informacje o wysokości zobowiązań sfinansowanych na zasadach określonych w ust. 2 i 3, w podziale na oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia.
9. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 8, sprawdzone pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przekazuje w formie pisemnej w postaci elektronicznej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wraz z wnioskiem o przekazanie środków, o których mowa w ust. 7, w terminie do dnia 21 grudnia 2021 r.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia środki, o których mowa w ust. 7, w terminie do dnia 28 grudnia 2021 r.
11. W przypadku konieczności dokonania przez Narodowy Fundusz Zdrowia korekty przekazanego sprawozdania lub udzielenia wyjaśnień dotyczących tego sprawozdania, termin, o którym mowa w ust. 10, ulega przedłużeniu nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

12. **Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 20 stycznia 2022 r. przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rozliczenie otrzymanych środków, o których mowa w ust. 7.**
13. **Niewykorzystaną część środków, o których mowa w ust. 7, Narodowy Fundusz Zdrowia zwraca w terminie do dnia 31 stycznia 2022 r.>**