



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-45-12

Druk nr 489
Warszawa, 4 czerwca 2012 r.

Pani
Ewa Kopacz
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie ustawy o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych.**

Projekty aktów wykonawczych zostaną przekazane niezwłocznie po zakończeniu prac nad ich przygotowaniem.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanej regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Administracji i Cyfryzacji.

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby posiadające obywatelstwo polskie:

a) które nie ukończyły 18. roku życia, lub

b) posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu”;

2) w art. 49 uchyla się ust. 8;

3) w art. 50:

a) ust. 2 – 9 otrzymują brzmienie:

„2. Przedstawienie przez świadczeniobiorcę dokumentów, o których mowa w ust. 1, nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

1) świadczeniobiorca okaże dowód osobisty, dokument paszportowy albo prawo jazdy, a w przypadku osób, które nie ukończyły 18. roku życia – legitymację szkolną;

- 2) świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3.
3. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej może zostać potwierdzone na podstawie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.²⁾), sporządzonego, na podstawie numeru PESEL, przez Fundusz dla świadczeniodawcy lub niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji i przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.³⁾) z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakie muszą spełniać świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, występujący do Funduszu o dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, mając na uwadze konieczność zapewnienia integralności oraz poufności przetwarzanych danych.
5. Dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, zawiera imię i nazwisko oraz numer PESEL świadczeniobiorcy,

a także informację, według stanu na dzień sporządzenia dokumentu, o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3, świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
7. Świadczeniobiorca składający oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.
8. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, zawiera imię i nazwisko, adres zamieszkania, wskazanie podstawy prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, numer PESEL oraz wskazanie dokumentu, na podstawie którego świadczeniodawca potwierdził tożsamość świadczeniobiorcy, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 9. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji potwierdza podpisem na oświadczeniu dane identyfikujące dokument, na podstawie którego potwierdzono tożsamość.
9. W przypadku świadczeniobiorców małoletnich oraz innych osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159). Przepisy ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio.”,

b) dodaje się ust. 10 – 22 w brzmieniu:

„10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory oświadczeń, o których mowa w ust. 6 i 9, uwzględniając podstawę prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienie czytelności oświadczeń.”,

11. W stanach nagłych lub w przypadku gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 6. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.

12. Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi w ust. 11, jednak w okresie nie dłuższym niż 1 rok, licząc od dnia upływu tych terminów, przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, nie może stanowić podstawy odmowy przez świadczeniodawcę zwolnienia z obowiązku

poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów.

13. Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 11 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu terminów określonych w ust. 11.
14. W przypadku dzieci do ukończenia 3. miesiąca życia, które nie posiadają numeru PESEL, potwierdzenie, o którym mowa w ust. 3, następuje na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do dokonania zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.
15. Fundusz nie może odmówić świadczeniodawcy sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej z powodu braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie, albo żądać od niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej poniesionych przez Fundusz pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną, jeżeli:
 - 1) w dniu udzielenia tego świadczenia potwierdził, w sposób określony w ust. 3, prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej albo świadczeniobiorca ten w tym dniu przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6,
 - 2) świadczeniobiorca w terminie przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, w przypadkach określonych w ust. 11

– o ile świadczenie to zostało zrealizowane zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą albo niebędącą świadczeniodawcą osobą uprawnioną w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

16. W przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku:

1) posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu, albo

2) złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6

– osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia.

17. Przepisu ust. 16 pkt 2 nie stosuje się do osoby, która w chwili składania oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

18. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w ust. 16, które Fundusz poniósł zgodnie z ust. 15, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek poniesienia kosztów i ich wysokość oraz termin płatności. Przy wydawaniu decyzji stosuje się przepisy kodeksu postępowania administracyjnego.

19. Od kwoty należności, o których mowa w ust. 18, nalicza się odsetki ustawowe, poczynając od dnia, w którym upłynął termin płatności tych należności.
20. Nie wydaje się decyzji, o której mowa w ust. 18, jeżeli od dnia, w którym zakończono udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 15, upłynęło 5 lat.
21. Należności, o których mowa w ust. 18, ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca te należności stała się ostateczna.
22. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może umorzyć w całości albo w części spłatę należności ustalonej w decyzji, o której mowa w ust. 18, lub odroczyć spłatę tej należności, lub rozłożyć ją na raty, stosując odpowiednio zasady określone w art. 56 – 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.⁴⁾.”;

4) w art. 53:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. W przypadku wydania poświadczenia, o którym mowa w ust. 1, prawo osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji może zostać potwierdzone w sposób określony w art. 50 ust. 3.”,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Jeżeli poświadczenie albo dokument, o których mowa w ust. 1, nie zostaną przedstawione w przypadku:

- 1) stanu nagłego,
- 2) porodu

– przepisy art. 50 ust. 11 – 15 i 18 – 22 stosuje się odpowiednio.”;

5) w art. 67:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej temu obowiązkowi zgodnie z przepisami art. 74 – 76 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Przepisów ust. 1 nie stosuje się do osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, oraz członków ich rodzin.”,

c) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.”,

d) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. W przypadku członków rodziny do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z tym że wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.”,

e) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę:

- 1) ponadgimnazjalną – wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów;
- 2) wyższą – wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów.”;

6) w art. 68 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

7) art. 74 otrzymuje brzmienie:

„Art. 74. 1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, osób wymienionych w art. 75 i 76 oraz członków ich rodzin stosuje się odpo-

wiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych lub do ubezpieczenia społecznego rolników oraz wyrejestrowywania z tych ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 75 ust. 1 – 2a, art. 77 i 86 ust. 6.

2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2 – 8 i 8b – 15 oraz członków ich rodzin, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych oraz wyrejestrowywania z tych ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 77.”;

8) w art. 75 ust. 16 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

9) po art. 76 dodaje się art. 76a w brzmieniu:

„Art. 76a. 1. Osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny.

2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do Funduszu członków rodziny, jest obowiązana poinformować podmiot właściwy do dokonania wyrejestrowania o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

3. Wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia.”;

10) w art. 77:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 74 – 76a, są kierowane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.”;

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, oraz członków ich rodzin kierowane są do centrali Funduszu.”;

11) w art. 87:

a) w ust. 4:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a i c – i, pkt 2 – 8, 8b – 33 i 35 oraz w art. 68 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2;”;

– po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 8a są opłacane i ewidencjonowane w centrali Funduszu;”;

b) ust. 7 i 8 otrzymują brzmienie:

„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 oddziału wojewódzkiego Funduszu, na jego wniosek, 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) określaniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji;
- 2) potwierdzaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) 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 przyznaniu 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.”,

c) po ust. 9 dodaje się ust. 9a w brzmieniu:

„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.”,

d) po ust.10b dodaje się ust. 10c – 10g w brzmieniu:

„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 wniosek

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 pobierających zasiłki, o których mowa w art. 67 ust. 6, i wszystkich osób, które złożyły wniosek 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 rozpoczęcia i zakończenia pobierania zasiłku albo datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę.

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 2004 r. Nr 8, poz. 66, z późn. zm.⁵⁾) 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, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2004 r. Nr 8, poz. 67, z późn. zm.⁶⁾) 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.”,

e) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„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) art. 89 otrzymuje brzmienie:

„Art. 89. Od kwoty nieprzekazanych w terminie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami Fundusz pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.”;

13) w art. 90 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Przepisów ust. 1 – 4 nie stosuje się do podmiotu zobowiązanego do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a.”;

14) art. 92 otrzymuje brzmienie:

„Art. 92. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób:

1) ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 5 – 8 i 8b – 13, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostką,

2) zgłaszania i wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a i członków ich rodzin, oraz przekazywania składek na ubezpieczenie zdrowotne

– uwzględniając sposób zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, a także względy obronności państwa.”;

15) w art. 97 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;

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.”;
- 16) w art. 102 w ust. 5 po pkt 24 dodaje się pkt 24a w brzmieniu:
„24a) rozpatrywanie odwołań od decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 50 ust. 18;”;
- 17) w art. 107 w ust. 5 dodaje się pkt 23 w brzmieniu:
„23) wydawanie decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 50 ust. 18.”;
- 18) w art. 109 po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:
„3a. W przypadku gdy wnioskodawcą jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, do wniosku, o którym mowa w ust. 3, wnioskodawca dołącza kopie posiadanych dokumentów i informacje uzasadniające treść żądania.”;
- 19) w art. 188:
- a) w ust. 1:
 - pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) stwierdzenia istnienia ubezpieczenia zdrowotnego oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz;”;
 - dodaje się pkt 9 w brzmieniu:
„9) identyfikacji płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne.”;

b) w ust. 4:

– po pkt 11 dodaje się pkt 11a i 11b w brzmieniu:

„11a) adres zameldowania;

11b) adres do korespondencji i inne dane pozwalające na skontaktowanie się z osobą, której dane Fundusz przetwarza w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;”;

– pkt 14 otrzymuje brzmienie:

„14) stopień niepełnosprawności;”;

– po pkt 22 dodaje się pkt 22a – 22c w brzmieniu:

„22a) kod tytułu ubezpieczenia;

22b) data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;

22c) data wypełnienia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;”;

– po pkt 23 dodaje się pkt 23a w brzmieniu:

„23a) data wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;”;

– pkt 24 otrzymuje brzmienie:

„24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne, oraz dane dotyczące opłaconych, nieopłaconych, nieopłaconych w terminie i należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz ze wskazaniem okresu, jakiego dotyczą;”;

– dodaje się pkt 28 – 33 w brzmieniu:

„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 obowiązki 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.”;
- 20) art. 192 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 192. Fundusz na żądanie świadczeniobiorcy informuje go o:
- 1) posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa, a w przypadku gdy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerach NIP i REGON płatnika ubezpieczenia zdrowotnego – na podstawie informacji przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;
 - 2) udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń.”;
- 21) w art. 193:
- a) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) nie dokonuje w terminie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego,”

b) pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny,”.

Art. 2. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 87 ust. 11 oraz art. 92 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 87 ust. 11 oraz art. 92 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 3. 1. Podmioty właściwe do dokonania wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, w trybie i na zasadach dotychczasowych, wyrejestrują z ubezpieczenia zdrowotnego osoby, wobec których do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego.

2. W odniesieniu do podmiotów, o których mowa w ust. 1, przepis art. 193 pkt 1a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie stosuje się.

Art. 4. Roszczenia powstałe przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy na podstawie art. 50 ust. 4 i 5 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia, w którym stały się wymagalne.

Art. 5. Do dnia 1 stycznia 2013 r. potwierdzenie, o którym mowa w art. 50 ust. 14 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, może być dokonywane na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do dokonania zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku dzieci do ukończenia 6. miesiąca życia.

Art. 6. 1. W latach 2013 – 2022 maksymalny limit kosztów wynagrodzeń Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z opłacanymi przez pracodawcę składkami na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy z tytułu realizacji zadań, o których mowa w art. 50 ust. 18 oraz art. 50 ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi 55 859 tys. zł, z tym że w poszczególnych latach limit wynosi:

- 1) 2013 r. – 7 514 tys. zł;
- 2) 2014 r. – 7 702 tys. zł;
- 3) 2015 r. – 7 895 tys. zł;
- 4) 2016 r. – 5 665 tys. zł;
- 5) 2017 r. – 5 226 tys. zł;
- 6) 2018 r. – 4 816 tys. zł;
- 7) 2019 r. – 4 438 tys. zł;
- 8) 2020 r. – 4 317 tys. zł;
- 9) 2021 r. – 4 200 tys. zł;
- 10) 2022 r. – 4 086 tys. zł.

2. W latach 2013 – 2022 maksymalny limit wydatków budżetu państwa na finansowanie w urzędach skarbowych wynagrodzeń wraz z opłacanymi przez pracodawcę składkami na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy z tytułu realizacji zadań, o których mowa w art. 50 ust. 18 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi 20 856 tys. zł, z tym że w poszczególnych latach limit wynosi:

- 1) 2013 r. – 2 806 tys. zł;
- 2) 2014 r. – 2 876 tys. zł;
- 3) 2015 r. – 2 948 tys. zł;
- 4) 2016 r. – 2 115 tys. zł;
- 5) 2017 r. – 1 951 tys. zł;
- 6) 2018 r. – 1 798 tys. zł;
- 7) 2019 r. – 1 657 tys. zł;
- 8) 2020 r. – 1 612 tys. zł;
- 9) 2021 r. – 1 568 tys. zł;
- 10) 2022 r. – 1 525 tys. zł.

3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia monitoruje wykorzystanie rocznych limitów kosztów, o których mowa w ust. 1, oraz wdraża mechanizmy korygujące, o których mowa w ust. 5 i 6.

4. Minister właściwy do spraw finansów publicznych monitoruje wykorzystanie rocznych limitów wydatków, o których mowa w ust. 2, oraz wdraża mechanizmy korygujące, o których mowa w ust. 5 i 6.

5. W przypadku gdy wielkość odpowiednio kosztów albo wydatków, o których mowa w ust. 1 i 2, po pierwszym półroczu danego roku wyniesie więcej niż 65% limitów przewidzianych na ten rok, wielkość kosztów albo wydatków obniża się w czwartym kwartale o kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wielkością tego limitu a kwotą przekroczenia.

6. W przypadku gdy w drugim półroczu zostanie przekroczony limit odpowiednio kosztów albo wydatków, o których mowa w ust. 1 i 2, przewidzianych na dany rok, w następnym roku limit kosztów albo wydatków określonych na ten rok obniża się o kwotę przekroczenia w poprzednim roku.

Art. 7. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 października 2012 r., z wyjątkiem art. 1 pkt 11 lit. d, który wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2012 r.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123 i poz. 476.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 12, poz. 65 i Nr 73, poz. 501, z 2008 r. Nr 127, poz. 817, z 2009 r. Nr 157, poz. 1241, z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 167, poz. 1131 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 185, poz. 1092 i Nr 204, poz. 1195.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 173, poz. 1808, z 2007 r. Nr 50, poz. 331, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 216, poz. 1371, z 2009 r. Nr 201, poz. 1540 oraz z 2011 r. Nr 85, poz. 459 i Nr 134, poz. 779.

-
- ⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 96, poz. 620, Nr 123, poz. 835, Nr 152, poz. 1020, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1726 oraz z 2011 r. Nr 185, poz. 1092, Nr 201, poz. 1183, Nr 234, poz. 1386, Nr 240, poz. 1429 i Nr 291, poz. 1707.
- ⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 121, poz. 1264 i Nr 191, poz. 1954, z 2005 r. Nr 10, poz. 65 i Nr 130, poz. 1085, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, z 2007 r. Nr 82, poz. 559, z 2008 r. Nr 208, poz. 1308, z 2009 r. Nr 24, poz. 145, Nr 79, poz. 669, Nr 95, poz. 785 i Nr 161, poz. 1278 oraz z 2010 r. Nr 27, poz. 141, Nr 36, poz. 204, Nr 113, poz. 745 i Nr 167, poz. 1130.
- ⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 121, poz. 1264 i Nr 191, poz. 1954, z 2005 r. Nr 10, poz. 65, Nr 90, poz. 757 i Nr 130, poz. 1085, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, z 2007 r. Nr 82, poz. 558, z 2008 r. Nr 66, poz. 402 i 409 i Nr 220, poz. 1410, z 2009 r. Nr 24, poz. 145 i Nr 95, poz. 786, z 2010 r. Nr 113, poz. 745 oraz z 2011 r. Nr 205, poz. 1203.

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma na celu:

- 1) uproszczenie sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę,
- 2) zdjęcie ze świadczeniodawców odpowiedzialności za potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) poprawę jakości i wiarygodności danych gromadzonych i przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, m.in. poprzez poprawę w zakresie dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego oraz wyrejestrowywania z tego ubezpieczenia.

Uproszczenie sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę ubiegającą się o uzyskanie świadczenia (zmiany wprowadzone do art. 50 ust. 2 – 9)

Projekt ustawy jako podstawowy sposób potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przewiduje elektroniczne potwierdzanie przez świadczeniodawcę uprawnień świadczeniobiorcy na podstawie numeru PESEL (w przypadku dzieci do 3. miesiąca życia, które mogą jeszcze nie uzyskać własnego numeru PESEL, elektroniczne potwierdzenie dokonywane jest na podstawie numeru PESEL rodzica).

Świadczeniobiorcę zwolni to z obowiązku okazywania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne. Natomiast dla świadczeniodawcy potwierdzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (poprzez dokument elektroniczny) posiadania uprawnień przez daną osobę będzie stanowiło gwarancję, iż świadczenie udzielone „zweryfikowanej” osobie nie zostanie zakwestionowane z powodu braku tytułu uprawnienia do świadczenia, nawet jeżeli w dalszym postępowaniu okaże się, iż nie była ona uprawniona.

W celu umożliwienia bezproblemowego potwierdzania prawa do świadczeń dzieci do ukończenia 18. roku życia wprowadzono zmiany do art. 2 ust. 1 pkt 3, polegające na

zrezygnowaniu z wymogu miejsca zamieszkania na terytorium Polski. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma dostępu do danych o miejscu zamieszkania osób niezgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego i ten warunek nie mógłby być w sposób elektroniczny weryfikowany w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, zwanym dalej „CWU”, w przypadku tej grupy osób.

W zwrotnej informacji przesyłanej na podstawie danych zawartych w CWU będzie znajdowała się informacja dotycząca imienia i nazwiska. Jest to element uwierzytelniania procesu zapytania o uprawnienia pacjenta, które inicjowane jest przez świadczeniodawcę poprzez podanie jedynie numeru PESEL. Dopiero możliwość zwrotnego porównania przekazanego nazwiska z nazwiskiem przedstawionym przez pacjenta, pozwala na uznanie odpowiedzi za wiążącą. Tego typu podejście opiera się na normach rodziny ISO/IEC 9798, zgodność z którymi wynika pośrednio z rodziny norm 27000, które minister zdrowia wpisał do projektu rozporządzenia dotyczącego systemu RUM-NFZ na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.). System udostępniania informacji na podstawie danych zawartych w CWU będzie zapewniał zestaw funkcji monitorujących i blokujących próby nadużywania zapytań do celów innych niż związane z weryfikacją uprawnień.

W przypadku gdy elektroniczne potwierdzenie będzie niemożliwe lub nie uzyska się potwierdzenia (wynik negatywny), wówczas osoba uprawniona może przedstawić jeden z dotychczasowych dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń (dla wielu grup, w tym emerytów, jest to szybki i bezproblemowy sposób potwierdzania prawa do świadczeń), a w razie braku dokumentu – złożyć oświadczenie (za małoletnich oraz osoby nieposiadające pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy bądź opiekun faktyczny lub prawny).

Oświadczenie zawierać będzie imię i nazwisko, numer PESEL, ze wskazaniem dokumentu, na podstawie którego świadczeniodawca potwierdził tożsamość osoby (a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL wyłącznie dane dotyczące dokumentu potwierdzającego tożsamość), adres zamieszkania osoby składającej oświadczenie oraz wskazanie podstawy prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo wprowadzono wymóg, aby świadczeniodawca potwierdził podpisem na oświadczeniu dane identyfikujące dokument, na podstawie którego potwierdzono

tożsamość. Jest to istotne, gdyż w ewentualnym postępowaniu egzekucyjnym oświadczenie takie będzie jednym z dowodów.

Każdy z wymienionych powyżej sposobów potwierdzenia prawa do świadczeń (elektroniczne potwierdzenie, dotychczasowy dokument czy oświadczenie) powoduje, iż świadczeniobiorca otrzyma świadczenie, a świadczeniodawca gwarancję uzyskania zapłaty za udzielone świadczenie. W przypadku gdy osoba złoży oświadczenie, a nie posiadała prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia obciąży ją kosztami udzielonego jej świadczenia. Podobnie w sytuacji posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu. Natomiast Fundusz nie będzie mógł dochodzić uiszczenia kosztów, w przypadku gdy potwierdził prawo osoby w postaci dokumentu elektronicznego.

W każdym przypadku osoba uprawniona zobowiązana jest do okazania dokumentu potwierdzającego tożsamość (dowód osobisty lub paszport) albo prawa jazdy. Osoby, które nie ukończyły 18. roku życia, będą mogły okazywać legitymację szkolną.

Możliwość elektronicznego potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej będą mieli nie tylko świadczeniodawcy, ale także niebędące świadczeniodawcami osoby uprawnione do wystawiania recept.

W stanach nagłych oraz w przypadku gdy świadczeniobiorca ze względu na stan zdrowia nie będzie w stanie złożyć oświadczenia, tak jak dotychczas zachowano możliwość późniejszego przedstawienia dokumentu.

Zdjęcie ze świadczeniodawcy odpowiedzialności za potwierdzanie prawa do świadczeń i przeniesienie na Fundusz ryzyka poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobie nieuprawnionej do świadczeń

Zaproponowane rozwiązania gwarantują świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia pacjentowi, którego prawo zostało potwierdzone (elektronicznie, okazanie dokumentu czy przez złożenie oświadczenia), iż Fundusz nie odmówi rozliczenia takiego świadczenia z powodu braku uprawnień pacjenta. Dotychczas, w przypadku gdy późniejsza weryfikacja przeprowadzona przez Fundusz wykazywała brak prawa do świadczeń, świadczeniodawcy wstrzymywano płatność za udzielone świadczenia do czasu wyjaśnienia lub występowano o zwrot nienależnej zapłaty. Na świadczeniodawcy

ciążył obowiązek wyegzekwowania od nieuprawnionej osoby kosztów udzielonego mu świadczenia. Po wejściu w życie projektu Fundusz przejmie ryzyko ponoszenia kosztów świadczeń udzielonych osobie nieuprawnionej.

Tylko w jednym przypadku, tj. w sytuacji gdy świadczeniodawca nie uzyska w żaden sposób potwierdzenia prawa do świadczeń osoby, której udzielił świadczenia, pozostano przy dotychczasowej zasadzie, iż w przypadku udzielenia świadczenia osobie nieuprawnionej ryzyko odzyskania kosztów ponosi świadczeniodawca. Tych przypadków dotyczy art. 50 ust. 11, który pozwala na późniejsze udokumentowanie prawa do świadczeń (tj. nie w dniu udzielania świadczenia). Zgodnie z tym przepisem, jeżeli świadczenia udzielane w stanach nagłych oraz w sytuacji gdy świadczeniobiorca nie może ze względu na stan zdrowia złożyć oświadczenia, osoba może we wskazanych terminach przedstawić dokument potwierdzający prawo lub złożyć oświadczenie. Należy podkreślić, iż świadczeniodawca będzie zobowiązany do samodzielnego odzyskania kosztów tylko w przypadku, gdy dana osoba w dniu udzielenia świadczenia nie otrzymała potwierdzenia na podstawie danych zawartych w CWU, nie okazała dokumentu ani ze względu na stan zdrowia nie złożyła oświadczenia oraz we wskazanych terminach po udzieleniu świadczenia nie przedstawiła dokumentu lub nie złożyła oświadczenia. Jeżeli pacjent nie przedstawi we wskazanym terminie dokumentu potwierdzającego prawo to traktowany jest jako osoba nieuprawniona i musi ponieść koszty udzielonego mu świadczenia bezpośrednio u świadczeniodawcy. W przypadku okazania dokumentu status pacjenta zmienia się na „uprawnionego” – wtedy otrzymuje zwrot kosztów od świadczeniodawcy, który może uzyskać zapłatę od NFZ.

W związku z powyższym projekt przewiduje także rozwiązania umożliwiające Funduszowi efektywne i szybkie odzyskiwanie od nieuprawnionych osób kosztów udzielonych im świadczeń w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Ponadto projekt wprowadza niezbędne zmiany w zakresie zadań Prezesa i dyrektorów oddziałów wojewódzkich, wskazując ich jako organy właściwe do wydawania decyzji (dyrektorzy) i rozpatrywania odwołań (Prezes Funduszu) (art. 102 ust. 5 pkt 24a i art. 107 ust. 5 pkt 22).

Należy podkreślić, iż zautomatyzowana i znacznie szybsza i pewniejsza od „papierowej” procedura przeprowadzania elektronicznego potwierdzania prawa do

świadczeń dokonywana będzie, jak dotychczas, w momencie rejestracji pacjenta u świadczeniodawcy i nie obciąża bezpośrednio lekarza udzielającego świadczenie.

Działania polepszające wiarygodność i jakość danych przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych

Ze względu na fakt, iż bazą referencyjną dla przeprowadzenia elektronicznego potwierdzania jest CWU prowadzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia, projekt wprowadza rozwiązania mające na celu poprawę wiarygodności, aktualności i jakości danych przetwarzanych przez CWU.

Wprowadzane zmiany mają na celu:

- 1) poprawę w zakresie zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego, w szczególności dzieci, oraz w zakresie wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) zapewnienie przekazywania niezbędnych danych służących potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, będących w posiadaniu ZUS i KRUS.

Poprawa w zakresie zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz w zakresie wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego

Dokonanie czynności zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego jest istotne, gdyż prawo do świadczeń w przypadku ubezpieczonych powstaje dopiero z chwilą zgłoszenia do ubezpieczenia, a więc osoba niezgłoszona do ubezpieczenia nie nabywa tego prawa.

Jednym z większych zdiagnozowanych problemów w zakresie uprawnień dzieci jest fakt, iż mimo obowiązku dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia, rodzice (lub opiekunowie prawni) nie dokonują zgłoszeń. W konsekwencji w CWU dzieci te nie mają tytułu ubezpieczonego (z danych NFZ wynika, iż dotyczy to 1 300 000 dzieci), a świadczenia im udzielone finansowane są z budżetu państwa. Zgłoszenia są niezbędne, gdyż w CWU, na podstawie danych z bazy PESEL, nie istnieje możliwość „automatycznego” powiązania numerów PESEL dziecka z numerami PESEL rodziców i ustalenie, bez zgłoszenia, czy rodzic danego dziecka ma tytuł do świadczeń i czy jest zobowiązany do dokonania zgłoszenia dziecka.

Obecnie zgłoszenia dokonuje jeden z rodziców, objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, a w przypadku wygaśnięcia jego tytułu do ubezpieczenia, prawo do świadczeń traci także dziecko, które powinno być z ubezpieczenia wyrejestrowane i ponownie

zgłoszone do ubezpieczenia przez drugiego rodzica, który posiada uprawnienia. W związku z tym wprowadzono możliwość zgłaszania dzieci przez każdego z rodziców, o ile jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. W przypadku gdy uprawnienie straci jedno z rodziców, automatycznie, bez konieczności ponownego zgłaszania, dziecko zachowuje prawo do świadczeń z tytułu przysługującego drugiemu rodzicowi (Fundusz samodzielnie, mając informacje o rodzicach dziecka, będzie mógł połączyć uprawnienie dziecka z uprawnieniem rodzica). Analogicznie, dziecko utraci prawo do świadczeń z tytułu bycia ubezpieczonym tylko w przypadku, gdy obydwój rodzice utracą prawo do świadczeń.

Ponadto w celu przeciwdziałania częstemu zjawisku zgłaszania dzieci przez dziadków, nawet w sytuacji, gdy rodzice mają własny tytuł do świadczeń, wprowadzono zapis, zgodnie z którym dziadkowie mogą zgłosić dziecko tylko w przypadku, jeżeli rodzice nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy lub nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu. W przypadku ubezpieczenia rodziców w innym kraju Unii Europejskiej, koszty świadczeń udzielanych dzieciom powinien ponosić ten kraj Unii Europejskiej, a nie budżet państwa (art. 67 ust. 3a).

Zgodnie z ustawą prawo do świadczeń ustaje po upływie okresu wskazanego w ustawie liczonego od daty wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, a nie od wyrejestrowania z ubezpieczenia. Fundusz uzyskuje informacje wyłącznie o wyrejestrowaniu (a nie o okoliczności powodującej wygaśnięcie obowiązku) i dopiero na tej podstawie może stwierdzić, czy w stosunku do danej osoby wygasł obowiązek ubezpieczenia (ewentualnie zmienił się tytuł ubezpieczenia). Stąd istotne jest, aby egzekwować te obowiązki, gdyż inaczej Fundusz będzie potwierdzał na podstawie danych zawartych w CWU fakt ubezpieczeniem posiadania prawa do świadczeń mimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, co skutkuje obowiązkiem poniesienia kosztów przez Fundusz (które w określonych przypadkach będzie mógł odzyskać od nieuprawnionego).

W związku z powyższym projekt wprowadza art. 76a, w którym:

- 1) wprost wyrażono zasadę, iż osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, podlega wyrejestrowaniu z tego ubezpieczenia wraz

z członkami rodziny, a wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia,

- 2) zobowiązano osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do Funduszu członków rodziny, do poinformowania podmiotu właściwego do dokonania wyrejestrowania o okolicznościach, które powodują, iż członek rodziny traci ten status (np. w przypadku dzieci powyżej 18. roku życia, przerwanie dalszego kształcenia lub uzyskanie przez dziecko „własnego” tytułu do ubezpieczenia).

Podmiotem odpowiedzialnym za dokonanie wyrejestrowania jest, zgodnie z przyjętymi zasadami w ubezpieczeniach społecznych, podmiot, który dokonuje zgłoszenia. Przy określaniu zasad, trybu i terminów dokonywania wyrejestrowywania, projekt, analogicznie do zgłaszania, odsyła do uregulowań obowiązujących w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Niedopełnienie obowiązku w zakresie zgłoszenia do ubezpieczenia lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 193 pkt 1a i 6, jest zagrożone karą grzywny.

Kara grzywny wymierzana jest przez sąd po przeprowadzeniu postępowania w trybie przepisów kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

Zgodnie z art. 3 projektu, w stosunku do podmiotów, które w ciągu 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy dokonają zaległego wyrejestrowania, kara grzywny nie będzie miała zastosowania.

Poszerzenie zakresu danych udostępnianych Funduszowi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

W celu zapewnienia wszystkich danych niezbędnych do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie danych zawartych w CWU rozszerzono dotychczasowy zakres przekazywanych danych o informacje dotyczące:

- 1) osób, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zachowują prawo do świadczeń finansowanych przez Fundusz. Zgodnie z art. 67 ust. 6 i 7 ustawy, są to osoby w okresie pobierania zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do

podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, oraz osoby ubiegające się o przyznanie emerytury lub renty (art. 87 ust. 10c i 10d),

- 2) osób korzystających z bezpłatnego urlopu. Zgodnie bowiem z art. 69 ust. 3 osoby te tracą prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu. Dla ustalenia prawa do świadczeń w przypadku tych osób Fundusz potrzebuje informacji dotyczącej osób, którym pracodawca udzielił urlopu bezpłatnego i terminu rozpoczęcia tego urlopu oraz informacji o ponownym podjęciu pracy (w przypadku ustania zatrudnienia pracodawca jest zobowiązany do wyrejestrowania) (art. 87 ust. 10c i 10e).

Zakres danych, jakie będą przekazywane, określi rozporządzenie wydawane na podstawie art. 87 ust. 11. Ze względu na zakres regulowanych spraw właściwy do wydania rozporządzenia jest minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, stąd zmieniono organ upoważniony do wydania rozporządzenia.

Ponadto w celu zapewnienia Prezesowi Fundusz danych niezbędnych:

- 1) przy wydawaniu decyzji o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym – wprowadzono przepis art. 109 ust. 3a, zgodnie z którym w przypadku gdy wnioskodawcą jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, do wniosku o rozpatrzenie sprawy instytucje te dołączają kopie posiadanych dokumentów, uzasadniających treść żądania,
- 2) do realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji (związanych z obowiązkiem Funduszu do wystawiania dokumentów poświadczających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej dla pracowników najemnych lub osób prowadzących działalność na własny rachunek) – wprowadzono przepisy dające podstawę do otrzymywania danych (art. 87 ust. 8).

Zmiany konieczne do wprowadzenia funkcjonalnego systemu ochrony danych identyfikujących funkcjonariuszy Centralnego Biura Antykorupcyjnego

Projekt uwzględnia zmiany konieczne do wprowadzenia funkcjonalnego systemu ochrony danych identyfikujących funkcjonariuszy Centralnego Biura Antyko-

rupcyjnego (zmiany: art. 67 ust. 1a, art. 74 ust. 2, art. 77 ust. 1a, art. 87 ust. 4 pkt 1 i 1a, ust. 7 i 8, ust. 10c – 10e i ust.11, art. 89, art. 90 ust. 5 i art. 92). W szczególności:

- 1) w odniesieniu do funkcjonariuszy CBA nie stosuje się powszechnych przepisów dotyczących zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonariuszy CBA oraz członków ich rodzin, wraz z niezbędnymi danymi osobowymi, kierowane były bezpośrednio do centrali NFZ, bez pośrednictwa ZUS i KRUS,
- 3) składki na ubezpieczenie zdrowotne funkcjonariuszy CBA będą opłacane i ewidencjonowane w centrali NFZ.

Udzielanie informacji o statusie ubezpieczonego (art. 192)

Projekt wprowadza rozwiązania umożliwiające uzyskanie przez ubezpieczonego informacji o statusie, jaki posiada w danym dniu, według danych przetwarzanych w CWU. W przypadku gdy podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia nie wywiąże się z tego obowiązku, osoba nie uzyskuje prawa do świadczeń i w CWU nie występuje jako osoba uprawniona. Obecnie bardzo często osoby te nie są świadome, iż nie zostały zgłoszone. Poprawa sytuacji w tym zakresie wymaga co najmniej umożliwienia osobie zainteresowanej sprawdzania swojego statusu m.in. w celu kontroli płatnika oraz weryfikacji poprawności informacji zgromadzonej w CWU. Oprócz informacji o posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń oraz podstawie tego prawa, ubezpieczony uzyska informację o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, ostatniej zarejestrowanej składce należnej oraz NIP i REGON płatnika zgłaszającego do ubezpieczenia zdrowotnego.

Pozostałe zmiany:

- 1) zrezygnowano z obecnie funkcjonującej sankcji (dotychczasowy art. 50 ust. 5) polegającej na ponoszeniu kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonemu w sytuacji, gdy płatnik opóźni się w opłaceniu składki, nawet w przypadku opóźnienia za 1 miesiąc (stosowanej jako dodatkowa kara, obok konieczności opłacenia zaległej składki z odsetkami),

- 2) pozostałe zmiany mają na celu doprecyzowanie obecnie obowiązujących rozwiązań:
- a) art. 1 pkt 2 uchyla art. 49 ust. 8. Jego dotychczasowa treść została przeniesiona do art. 50 ust. 14,
 - b) art. 1 pkt 5 lit. e wprowadza zmiany do art. 67 ust. 5, różnicując okres, w jakim przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w zależności od rodzaju ukończonej szkoły. Sześciomiesięczny okres po ukończeniu szkoły ponadgimnazjalnej ma m.in. zagwarantować, iż w przypadku podjęcia studiów, osoba ucząca się zachowa ciągłość prawa do świadczeń.

Projekt regulacji nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Projekt ustawy wywiera wpływ na ubezpieczonych, świadczeniodawców, Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz płatników składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Poprzez wprowadzenie możliwości elektronicznego potwierdzania uprawnień, dokonywanego przez świadczeniodawcę, świadczeniobiorcy zostaną zwolnieni z obowiązku okazywania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne, co znacznie uprości proces potwierdzania prawa do świadczeń. Ponadto zmniejszy obciążenie (i koszty) pracodawców w zakresie drukowania druków RMUA oraz obciążanie innych organów, wydających obecnie poświadczenia i zaświadczenia o prawie do świadczeń.

W przypadku niemożności potwierdzenia uprawnień w drodze elektronicznego potwierdzania lub w przypadku braku dokumentów przewiduje się, iż świadczenie może zostać udzielone po złożeniu przez ubezpieczonego oświadczenia o posiadaniu prawa.

Dla świadczeniodawcy potwierdzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (poprzez dokument elektroniczny) posiadania prawa do świadczeń świadczeniobiorcy będzie stanowiło gwarancję, iż świadczenie udzielone „zweryfikowanemu” pacjentowi nie zostanie zakwestionowane z powodu braku tytułu uprawnienia do świadczenia, nawet jeżeli w dalszym postępowaniu okaże się, iż pacjent nie był uprawniony.

Ze względu na fakt, iż Narodowy Fundusz Zdrowia przejmie ryzyko finansowania świadczeń osobom nieuprawnionym, wprowadzono rozwiązania ułatwiające mu odzyskiwanie, od osób nieuprawnionych, kosztów świadczeń. Ponadto, ponieważ elektroniczne potwierdzanie będzie przeprowadzane w oparciu o prowadzony przez Fundusz Centralny Wykaz Ubezpieczonych, poszerzono zakres danych otrzymywanych od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, tak aby poprawić jakość, aktualność i rzetelność danych gromadzonych w tej bazie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zostaną zobowiązane do przekazywania szerszego niż obecnie zakresu danych.

2. Konsultacje społeczne

Projekt został przekazany następującym podmiotom:

Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związkowi Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacji Pracodawców w Gnieźnie, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolskiemu Związkowi Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacji Pracodawców, Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali Klinicznych, Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali, Stowarzyszeniu Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Izbie Lecznictwa Polskiego, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związkowi Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Gdańskiemu Związkowi Pracodawców, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszeniu Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu, Mazowieckiemu Związkowi Pracodawców SP ZOZ, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego, Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Unii Szpitali Klinicznych, Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, Forum Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy,

Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy Radiologów, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związkowi Zawodowemu Farmaceutów, Związkowi Zawodowemu Anestezjologów, Związkowi Zawodowemu Chirurgów Polskich, Związkowi Zawodowemu Neonatologów, Związkowi Zawodowemu Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Fizjoterapii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych, Stowarzyszeniu Magistrów i Techników Farmacji, Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Stowarzyszeniu Menedżerów Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, Business Center Club, Związkowi Rzemiosła Polskiego, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Związkowi Miast Polskich, Unii Miasteczek Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Unii Uzdrowisk Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentowi Marszałków Województw, Stowarzyszeniu Primum Non Nocere, Krajowej Radzie Transplantacyjnej, Federacji Pacjentów Polskich, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – PZH, Ogólnopolskiej Izbie Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, Polskiej Izbie Przemysłu Farmaceutycznego i Sprzętu Medycznego „POLFARMED”, Izbie Gospodarczej „Farmacja Polska”, Izbie Gospodarczej „Apteka Polska”, Polskiemu Związkowi Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Stowarzyszeniu Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskiemu Stowarzyszeniu Producentów Leków bez Recepty PASMI, Unii Farmaceutów Właścicieli Aptek, Związkowi Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych, Związkowi Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Krajowej Izbie Gospodarczej, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Kolegium Lekarzy

Rodzinnych w Polsce, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Rehabilitacji Dziecięcej, Związkowi Pracodawców Aptecznych PharmaNET.

Do najważniejszych zmian, wprowadzonych do projektu w wyniku uwag zgłoszonych przez podmioty społeczne, należy zaliczyć wprowadzenie zmian do art. 50 ust. 14, w którym wyraźnie zaznaczono, iż gwarancja rozliczenia świadczenia obejmuje także przypadki stanów nagłych oraz przypadki, w których pacjent nie był w stanie ze względu na stan zdrowia złożyć oświadczenia, o ile dokument lub oświadczenie zostanie doniesione we wskazanych terminach. Zmiana ta została wprowadzona, gdyż przedstawiciele świadczeniodawców wyrażali obawę, iż te przypadki nie będą objęte gwarancją zapłaty.

Projekt ustawy – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Od dnia udostępnienia projektu ustawy w Biuletynie Informacji Publicznej żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem, stosownie do art. 7 tej ustawy.

Projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 11a uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki sektora finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Narodowy Fundusz Zdrowia

Koszty związane ze wzrostem zatrudnienia

Łączny wzrost zatrudnienia w NFZ w związku z realizacją nowych zadań oszacowano na 103 etaty (97 etatów związanych z realizacją zadań, wynikających z art. 50 ust. 18 oraz 6 etatów związanych z utrzymaniem CWU i interfejsu elektronicznego potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej). Przyjęto, iż liczba etatów związanych z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 18 będzie się w kolejnych latach zmniejszała, wraz z założonym spadkiem przypadków korzystania ze świadczeń przez osoby nieuprawnione.

Założono, że w ciągu roku wystąpi 150 000 przypadków skorzystania ze świadczeń przez osoby, które nie potwierdzą w żaden z dopuszczonych sposobów swojego prawa do świadczeń (tj. 5 przypadków rocznie u każdego z 30 000 świadczeniodawców). Wyliczenia oparto o liczbę przypadków, a nie liczbę osób nieuprawnionych, gdyż obecnie liczba ta jest trudna do dokładnego oszacowania. Po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej bardzo wiele osób wyemigrowało z kraju, szczególnie w latach 2005 i 2006. Z analiz prowadzonych w kraju na temat migracji wynika, że liczbę emigrantów szacuje się na ponad milion. Jednak dane te nie zostały uwzględnione w danych GUS z lat 2006 – 2011, gdyż brak informacji jaka część ludności na stałe zamieszka poza Polską. Z powyższych względów trudno ustalić np. czy osoby niewykazane w CWU nie mają uprawnień, czy po prostu wyemigrowały i mieszkają poza Polską.

Przyjęto też, że jedna osoba zatrudniona w Funduszu na pełnym etacie będzie w stanie poprowadzić średnio 1 600 spraw rocznie. Przeprowadzenie czynności związanych z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 18 będzie wymagało zwiększenia zatrudnienia o 94 etaty w oddziałach wojewódzkich NFZ (tj. 150 000 spraw/1600 spraw na jeden etat = 93,75 etatu) i o 3 etaty w centrali NFZ.

Zakłada się, że w ciągu kilku lat liczba spraw będzie spadała. Spadek ten będzie związany z poprawą kompletności, rzetelności i aktualności danych gromadzonych w CWU uzyskanych dzięki: (a) wprowadzeniu Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, (b) eliminacji przypadków, kiedy ta sama osoba kilkakrotnie uzyskuje nienależne jej świadczenie finansowane ze środków publicznych, a także (c) innych zmian powodujących np. częstsze korzystanie z dobrowolnego ubezpieczenia w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym niż to ma miejsce obecnie. W związku z tym przewidziano, że liczba spraw w 2016 r. spadnie do 70%, a w kolejnych latach 2017 – 2019 będzie spadała co roku o 10%, zaś w latach 2020 – 2022 przewidziano coroczny spadek o 5%. Wynika z tego, że w latach 2016 – 2022 łączna liczba spraw rozpatrywanych w oddziałach wojewódzkich NFZ będzie następująca:

Okres	Korekta w stosunku do roku poprzedniego (%)	Łączna liczba spraw po uwzględnieniu korekty (NFZ)	Łączna liczba etatów po uwzględnieniu korekty (Oddziały Wojewódzkie NFZ)
prognoza 2013 r.	100	150 000	94
prognoza 2014 r.	100	150 000	94
prognoza 2015 r.	100	150 000	94
prognoza 2016 r.	70	105 000	66
prognoza 2017 r.	90	94 500	59
prognoza 2018 r.	90	85 050	53
prognoza 2019 r.	90	76 545	48
prognoza 2020 r.	95	72 718	45
prognoza 2021 r.	95	69 082	43
prognoza 2022 r.	95	65 628	41

Dodatkowo, utrzymanie CWU i interfejsu elektronicznego potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej w ciągłej gotowości (24 h na dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku) wymaga zwiększenia o 6 etatów w centrali NFZ.

Średnie miesięczne wynagrodzenie dla nowego etatu określono na poziomie 5 935 zł brutto (przy przyjęciu wskaźnika kosztów ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń na poziomie 0,1869). Założono, że koszty wynagrodzeń w kolejnych latach wzrosną o prognozowany przez Ministra Finansów dla lat 2013 – 2017 wskaźnik CPI (indeks cen towarów i usług konsumpcyjnych) – o 102,5%, a w latach 2018 – 2022 – o 102,4%.

Łączne koszty wynagrodzeń Narodowego Funduszu Zdrowia wyniosą w latach 2013 – 2022 odpowiednio:

Okres	Szacowany skutek finansowy w ujęciu rocznym (tys. zł)*
prognoza 2013 r.	7 514
prognoza 2014 r.	7 702
prognoza 2015 r.	7 895
prognoza 2016 r.	5 665
prognoza 2017 r.	5 226
prognoza 2018 r.	4 816
prognoza 2019 r.	4 438
prognoza 2020 r.	4 317

prognoza 2021 r.	4 200
prognoza 2022 r.	4 086

* Przy szacowaniu wydatków w latach 2013 – 2022 wykorzystano wskaźniki CPI podane w: Wytycznych Ministra Finansów dotyczących stosowania jednostkowych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektów ustaw. Aktualizacja – grudzień 2011 r. Ponieważ wytyczne nie uwzględniają roku 2022, dla tego roku przyjęto wskaźnik przewidywany dla roku 2021.

Koszty wprowadzenia systemu przewidziane do poniesienia w 2012 r. dotyczące zwiększenia wynagrodzeń zostaną sfinansowane przez Fundusz w ramach środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na 2012 r.

Wydatki związane z implementacją rozwiązań informatycznych

Rozbudowa CWU o interfejs elektronicznego potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej wymaga nakładów inwestycyjnych w infrastrukturę i oprogramowanie na poziomie ok. 10 000 tys. zł.

Ocena Skutków Regulacji nie zawiera analizy kosztów i korzyści rozwiązań alternatywnych, gdyż implementacja rozwiązań informatycznych przewidzianych w projekcie jest konieczna bez względu na przyjęte sposoby potwierdzania uprawnień. W każdym przypadku niezbędne jest przygotowanie bazy dostępowej oraz infrastruktury po stronie NFZ, która obsługiwałaby komunikację w procesie zapytań o uprawnienia.

W Ocenie Skutków Regulacji nie oszacowano wpływu na sektor finansów publicznych, przewidywanej przez projekt rezygnacji z konieczności spełniania przez dzieci do lat 18 warunku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wynikającego z faktu, iż obecnie nie ma możliwości weryfikacji miejsca zamieszkania obywatela polskiego. Ryzyko poniesienia przez Fundusz kosztów świadczeń pojawi się, jeżeli do NFZ nie wpłynie informacja, że osoba jest zatrudniona w innym państwie (które powinno być wtedy państwem właściwym i ponieść koszty świadczenia). Jeżeli dzieci mają tytuł do ubezpieczenia jako członkowie rodzin takich osób, nie ma możliwości zweryfikowania ich miejsca zamieszkania. Należy podkreślić, iż Komisja Europejska w ramach prac Dyrektoriatu odpowiedzialnego za zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne prowadzi prace zmierzające do wprowadzenia wymiany informacji

między państwami Unii Europejskiej dotyczące osób objętych ubezpieczeniem, co przyczyni się do zmniejszenia nadużyć w tym obszarze.

Wydatki urzędów skarbowych

Przyjęto, iż postępowanie egzekucyjne będzie dotyczyło 45 000 spraw rocznie, a na jednego pracownika urzędów skarbowych przypada 1 600 spraw – w związku z powyższym liczba dodatkowych etatów wyniesie 28. Ponadto ustalono, że przeciętne zarobki w tym przypadku wyniosą 8 148 zł brutto na etat. Zakłada się, że koszty te w kolejnych latach wzrosną o prognozowany przez Ministra Finansów dla lat 2013 – 2017 wskaźnik CPI (indeks cen towarów i usług konsumpcyjnych) o 102,5% a w latach 2018 – 2022 – o 102,4%.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń Funduszu przyjęto, iż ze 150 000 przypadków w postępowaniu wyjaśniającym w odniesieniu do 50% – sprawa wyjaśni się pozytywnie (pacjent ma uprawnienia), a w kolejnych 20% przypadków osoby nieuprawnione uiszcza należności po wysłaniu upomnienia. Postępowanie egzekucyjne będzie dotyczyło ok. 45 000 przypadków. Z założenia, iż liczba spraw trafiających do NFZ będzie malała, wynika także spadek spraw trafiających do urzędów skarbowych, co wpłynie na liczbę niezbędnych etatów:
w tys. zł

Okres	Korekta w stosunku do roku poprzedniego (%)	Łączna liczba spraw po uwzględnieniu korekty	Łączna liczba etatów po uwzględnieniu korekty	Szacowana wartość wzrostu kosztów wynagrodzeń i świadczeń na rzecz pracowników w związku z planowanym zwiększeniem zatrudnienia* (tys. zł)
prognoza 2013 r.	100	45 000	28	2 806
prognoza 2014 r.	100	45 000	28	2 876
prognoza 2015 r.	100	45 000	28	2 948
prognoza 2016 r.	70	31 500	20	2 115
prognoza 2017 r.	90	28 350	18	1 951
prognoza 2018 r.	90	25 515	16	1 798
prognoza 2019 r.	90	22 964	14	1 657
prognoza 2020 r.	95	21 815	14	1 612
prognoza 2021 r.	95	20 725	13	1 568
prognoza 2022 r.	95	19 688	12	1 525

* Przy szacowaniu wydatków w latach 2013 – 2022 wykorzystano wskaźniki CPI podane w: Wytycznych Ministra Finansów dotyczących stosowania jednostkowych wskaźników makroekonomicznych będących

podstawą oszacowania skutków finansowych projektów ustaw. Aktualizacja – grudzień 2011 r. Ponieważ wytyczne nie uwzględniają roku 2022, dla tego roku przyjęto wskaźnik przewidywany dla roku 2021.

Koszty wprowadzenia systemu przewidziane do poniesienia w 2012 r. dotyczące zwiększenia wynagrodzeń zostaną sfinansowane przez urzędy skarbowe w ramach środków zaplanowanych w ustawie budżetowej na 2012 r. w części 19 – budżet, finanse publiczne i instytucje finansowe.

Oceniając skutki finansowe, jakie wiążą się z kosztami wynagrodzeń osób zatrudnionych w Narodowym Funduszu Zdrowia w celu windykacji kosztów świadczeń uzyskanych mimo braku prawa do świadczeń oraz zatrudnionych w urzędach skarbowych w celu egzekucji tych należności, należy uwzględnić fakt, iż dotychczas koszty te ponosili świadczeniodawcy. Nie jest możliwe precyzyjne określenie liczby etatów, które świadczeniodawcy utrzymywali w celu windykacji należności (zależało to głównie od wielkości świadczeniodawcy – w wielu przypadkach powoływano odrębne komórki organizacyjne wyłącznie ściągające należności). Należy jednak podkreślić, iż przejęcie przez Fundusz i urzędy skarbowe tych zadań przeloży się na wymierne korzyści dla świadczeniodawców – nie tylko finansowe, wynikające z obniżenia kosztów i uniknięcia strat z tytułu nieodzyskanych należności, ale także organizacyjno-kadrowe, w szczególności poprzez uwolnienie zasobów ludzkich, które będą mogły być przeznaczone do realizacji innych zadań.

Koszty i wydatki związane z utworzeniem i utrzymaniem nowych stanowisk pracy zostaną sfinansowane przez Fundusz oraz urzędy skarbowe w ramach dotychczasowych środków, zarówno w 2012 r., jak i w latach kolejnych, oraz nie będą powodować dodatkowych skutków finansowych na żadnym etapie wdrażania ustawy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Koszty Zakładu Ubezpieczeń Społecznych związane z dostosowaniem systemu informatycznego do przekazywania zwiększonego zakresu danych oszacowano na 5 mln zł.

Szacowanie dotyczy dostosowania obecnie wykorzystywanego w ZUS systemu informatycznego do nowych rozwiązań legislacyjnych. System zostanie przygotowany do komunikacji z NFZ zgodnie z nowymi potrzebami. Zmiany w systemie dotyczą wprowadzenia i dostosowania obecnie stosowanych mechanizmów automatycznego przetwarzania danych oraz wprowadzenia nowych funkcjonalności w aplikacjach interakcyjnych wspomagających obsługę wniosków przekazywanych przez NFZ.

W szczególności dotyczy to następujących zmian:

- 1) dostosowanie systemu informatycznego do informowania NFZ o toczących się postępowaniach o przyznanie emerytury lub renty. Wprowadzenie odpowiednich funkcjonalności w aplikacjach interakcyjnych oraz zadań automatycznie generowanych w systemie komputera centralnego. Rozszerzenie interfejsu wymiany danych z NFZ;
- 2) obsługa systemowa danych o pracownikach korzystających z urlopów bezpłatnych i osobach, którym ZUS wypłaca zasiłki po ustaniu zatrudnienia. Rozszerzenie interfejsu wymiany danych z NFZ;
- 3) wspomaganie systemowe obsługi zapytań i wniosków przekazywanych przez oddziały NFZ. Wprowadzenie nowych funkcjonalności w aplikacjach interakcyjnych umożliwiających pracownikom dostęp do tych danych. Rozszerzenie interfejsu wymiany danych z NFZ;
- 4) zablokowanie możliwości wystawiania zaświadczeń dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego przez pracowników ZUS.

W związku z faktem, że projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest procedowany w trakcie 2012 r., w planie finansowym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na 2012 r. środki nie zostały uwzględnione. Szacunkowe koszty dostosowania systemów informatycznych ZUS zostaną pokryte w ramach środków przewidzianych w planie finansowym na 2012 r. na zmiany systemów informatycznych.

KRUS

Koszty Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego związane z dostosowaniem

systemu informatycznego do przekazywania zwiększonego zakresu danych oszacowano na 5 mln zł.

Szacowane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego koszty dotyczą dostosowania systemów informatycznych KRUS do nowych rozwiązań legislacyjnych. Zmiany obejmują modyfikację i rozbudowę systemowych mechanizmów współpracy NFZ z KRUS oraz modyfikację i rozbudowę systemów informatycznych obsługujących ubezpieczenia oraz świadczenia. Zmodyfikowane i nowe funkcjonalności systemów informatycznych KRUS pozwolą na współpracę z nowym interfejsem pomiędzy instytucjami.

Zmiany w szczególności dotyczą:

Rozbudowy i zmiany zakresu danych wymienianych pomiędzy KRUS i NFZ:

- 1) modyfikacji mechanizmów przekazywania danych pomiędzy instytucjami w zakresie częstotliwości i formy przekazywania danych,
- 2) modyfikacji i rozbudowy systemu obsługi ubezpieczeń, które pozwolą na automatyczne przetworzenie i przygotowanie danych niezbędnych do przekazania do NFZ,
- 3) modyfikacji i rozbudowy systemu obsługi świadczeń długoterminowych, które pozwolą na automatyczne przetworzenie i przygotowanie danych niezbędnych do przekazania do NFZ,
- 4) modyfikacji i rozbudowy systemu komunikacji z NFZ, które pozwolą na zmianę częstotliwości i formy przekazywania danych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Po stronie świadczeniodawców nastąpi znaczna redukcja kosztów związanych z koniecznością egzekucji od osób nieuprawnionych kosztów udzielonych im świadczeń. Skala oszczędności z tego tytułu dla świadczeniodawców jest bardzo trudna do oszacowania ze względu na fakt, iż przypadki odzyskiwania kosztów

udzielonych osobom nieuprawnionym nie były sprawozdawane przez świadczeniodawców do Funduszu.

Świadczeniodawcy, którzy nie posiadają komputera, będą musieli ponieść koszt stanowiska komputerowego w rejestracji (w zależności od świadczeniodawcy może to być kilka stanowisk) oraz koszty związane z dostępem do internetu (jeżeli do tej pory informatyzacja placówki nie osiągnęła takiego poziomu). W przypadku gdy świadczeniodawcy zdecydują się na korzystanie z Web Service dodatkowym kosztem może być dostosowanie aplikacji świadczeniodawcy (jeżeli nie jest to umowa np. ryczałtowa). Koszt dostosowania aplikacji zależy od indywidualnej umowy z dostawcą oprogramowania.

Należy podkreślić, iż realizacja zapytań może odbywać się również za pośrednictwem aplikacji portalowej udostępnianej centralnie przez NFZ. Ta opcja nie rodzi kosztów dostosowania aplikacji świadczeniobiorcy (poza kosztami związanymi z dostępem do internetu). Należy pamiętać, że świadczeniodawcy, którzy nie są w stanie wyposażyć rejestracji w stanowisko komputerowe, mogą dokonywać weryfikacji uprawnień na dotychczasowych zasadach (weryfikacja dokumentów) oraz na podstawie oświadczeń.

Zważywszy na korzyści, które płyną z przeniesienia ze świadczeniodawcy na Fundusz ryzyka ponoszenia kosztów świadczeń udzielonych osobom nieuprawnionym oraz na oczekiwania społeczne dotyczące umożliwienia weryfikacji uprawnień w sposób elektroniczny – wyżej wymienione koszty nowego rozwiązania są współmierne do osiągniętych korzyści.

Dla pracodawców korzyści będą się wiązały z faktem, iż świadczeniobiorcy nie będą musieli zwracać się o wydanie druku RMUA, będącego obecnie jednym z dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń. Roczne oszczędności z tytułu zaniechania drukowania RMUA wyniosą co najmniej 15 mln zł. Metodologię szacunku zawiera poniższa tabela.

	liczba	kwota (zł)
liczba osób, które mogą wystąpić o wydanie druku RMUA	15 000 000	
Średnia liczba pobieranych druków w ciągu roku	1	
liczba druków RMUA pobieranych rocznie (poz. 1 x poz. 2)	15 000 000	
Koszt wytworzenia druku RMUA (minimum)		1
roczny koszt druków RMUA (poz. 3 x kwota poz. 4)		15 000 000

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Wyeliminowana zostanie sytuacja, gdy świadczeniobiorca nie może uzyskać świadczenia z powodu braku dokumentów potwierdzających jego uprawnienia (sytuacji odsyłania pacjenta bez udzielenia świadczenia).

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Projekt ma na celu wprowadzenie ułatwienia (uproszczenia) w zakresie konieczności potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu ubezpieczenia. Co do zasady noszenie papierowych dokumentów nie będzie wymagane – wystarczy elektroniczna weryfikacja przeprowadzana przez świadczeniodawcę.

Niezbędny czas do przeprowadzenia potwierdzenia prawa do świadczeń po stronie świadczeniobiorców po wprowadzeniu regulacji nie ulegnie znaczącej zmianie (czas potwierdzania prawa w sposób elektroniczny obejmuje wpisanie 11 cyfr identyfikatora PESEL + przewidywany maksymalny czas odpowiedzi z systemu NFZ (3 s.) + opóźnienia wynikające z połączenia realizowanego przez operatora świadczeniodawcy). Jest to czas porównywalny ze sprawdzeniem papierowych dokumentów.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.



Warszawa, 21 maja 2012 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE - 920 -262 -12/mz/5
SH-956
dot.: RM-10-45-12 z 18.05.2012 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyrażona na podstawie art. 13 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437 z późn. zm.) przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

z up. Ministra Spraw Zagranicznych
PODSKREŚLONY STANU

Grażyna Bernatowicz

Do wiadomości:

Pan Michał Boni
Minister Administracji i Cyfryzacji

Pan Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

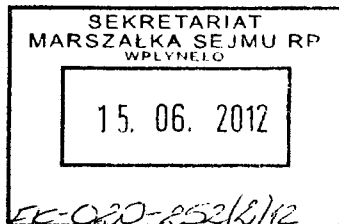


PREZES RADY MINISTRÓW
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 13 czerwca 2012 r.

Donald Tusk

RM 10-45-12



Pani Ewa KOPACZ

Marszałek Sejmu

Szanowna Pani Marszałek

W załączeniu przekazuję, zgodnie z wymogami art. 34 ust. 4 Regulaminu Sejmu, projekty aktów wykonawczych do przesłanego w dniu 5 czerwca 2012 r. rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z poważaniem

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia ...

w sprawie warunków, jakie musi spełniać świadczeniodawca lub osoba uprawniona, występujący o sporządzenie dokumentu elektronicznego

Na podstawie art. 50 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1. Warunkiem, jaki musi spełniać świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 oraz z 2012 r. poz. 95) do występowania do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, o sporządzenie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, jest nabycie uprawnień do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w art. 50 ust. 3 ustawy.

§ 2. 1. Podmioty, o których mowa w § 1, w celu nabycia uprawnień do potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w art. 50 ust. 3 ustawy, składają do właściwego ze względu

¹⁾ Ministerstwo Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, poz. 476 i poz. ...

na miejsce siedziby podmiotu wnioskującego oddziału wojewódzkiego Funduszu wniosek o udzielenie im tych uprawnień.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) określenie przedmiotu wniosku;
 - 2) dane podmiotu wnioskującego, w szczególności nazwę podmiotu, numer identyfikacyjny podmiotu, adres siedziby;
 - 3) dane osoby, której w imieniu podmiotu mają zostać nadane uprawnienia:
 - a) do logowania się do systemu informatycznego Funduszu,
 - b) umożliwiające zakładanie kont oraz nadawanie i odbieranie operatorom uprawnień do logowania się do systemu informatycznego Funduszu
- w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w art. 50 ust. 3 ustawy, w szczególności imię (imiona), nazwisko, numer PESEL, numer telefonu służbowego, adres służbowej poczty elektronicznej;
- 4) wnioskowany okres, na jaki mają zostać nadane uprawnienia osobie, o której mowa w pkt 3.

3. Oddział Wojewódzki Funduszu sprawdza poprawność danych zawartych we wniosku, o których mowa w ust. 2.

§ 3. 1. Oddział Wojewódzki Funduszu upoważnia podmiot wnioskujący do potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w art. 50 ust. 3 ustawy, po podpisaniu przez podmiot zobowiązania do przestrzegania zasad regulaminu korzystania z systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, sporządzając dokument upoważniający podmiot do korzystania z systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców.

2. Sporządzenie dokumentu, o którym mowa w ust. 1, wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 4. 1. Upoważnienie, o którym mowa w § 3, udzielane jest na czas wskazany we wniosku, którym mowa w § 2 ust. 1, nie dłuższy jednak niż na okres 3 lat.

2. Upoważnienie zawiera:

- 1) zakres upoważnienia;
- 2) nazwę podmiotu upoważnianego;

- 3) dane osoby, o której mowa w § 2 ust. 2 pkt 3:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) numer PESEL;
- 4) określenie zakresu uprawnień osoby, o której mowa w ust. 3;
- 5) okres, na który upoważnienie zostaje udzielone;
- 6) podpis upoważnianego;
- 7) podpis dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu;
- 8) klauzulę o zachowaniu tajemnic dostępu do danych osobowych w brzmieniu: „Osoba upoważniona do przetwarzania danych objętych zakresem, o którym mowa w art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), określonym w niniejszym upoważnieniu, jest zobowiązana do zachowania ich w tajemnicy, również po ustaniu zatrudnienia, oraz zachowania w tajemnicy informacji o ich zabezpieczeniu.”.

§ 5. Osoba, której oddział wojewódzki Funduszu nada uprawnienia, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 3 otrzymuje niepowtarzalny identyfikator (login) i hasło, które musi zostać zmienione przy pierwszym logowaniu się do systemu.

§ 6. 1. W przypadku zmiany danych, o których mowa w § 4 ust. 2 pkt 2 i 3, podmiot upoważniony do potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w art. 50 ust. 3 ustawy, przekazuje oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, który udzielił upoważnienia, informację zawierającą dane, które uległy zmianie, wskazując aktualne dane. Informację przekazuje się niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana danych.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, oddział wojewódzki Funduszu przeprowadza procedurę udzielenia upoważnienia, o którym mowa w § 3.

§ 7. Dokumenty dotyczące upoważnień, o których mowa w § 3, są przechowywane w oddziałach wojewódzkich Funduszu przez 10 lat od dnia udzielenia upoważnienia.

§ 8. 1. Osoba, której oddział wojewódzki Funduszu nadał uprawnienia, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 3 zakłada konta oraz nadaje uprawnienia umożliwiające logowanie się do systemu informatycznego Funduszu w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w art. 50 ust. 3 ustawy.

2. Uprawnienia umożliwiające logowanie się do systemu informatycznego Funduszu w celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w art. 50 ust. 3 ustawy nadawane są osobie upoważnionej przez podmiot posiadający upoważnienie, o którym mowa w § 3, do dokonywania w ich imieniu czynności, których dotyczą uprawnienia.

3. Osoba działająca w strukturach bądź w imieniu podmiotu posiadającego upoważnienie, o którym mowa w § 3, wnioskuje o udzielenie uprawnień, o których mowa w ust. 2.

4. Wniosek o udzielenie uprawnień, o których mowa w ust. 2, zawiera:

1) określenie przedmiotu wniosku;

2) dane osoby wnioskującej, w szczególności imię (imiona), nazwisko, numer PESEL, numer telefonu służbowego, adres służbowej poczty elektronicznej.

5. Podmiot upoważniający osobę do uzyskania w jego imieniu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w art. 50 ust. 3 ustawy sprawdza poprawność danych zawartych we wniosku, o którym mowa w ust. 4.

§ 9. 1. Podmiot posiadający upoważnienie, o którym mowa w § 3, upoważnia osobę do otrzymania uprawnień, o których mowa w § 8 ust. 2, po podpisaniu przez tę osobę zobowiązania do przestrzegania zasad regulaminu korzystania z systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców, sporządzając dokument upoważniający do korzystania z systemu Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców.

2. Sporządzenie dokumentu, o którym mowa w ust. 1, wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 10. 1. Upoważnienie, o którym mowa § 9, udzielane jest na czas nie dłuższy niż na okres 3 lat.

2. Upoważnienie zawiera:

1) zakres upoważnienia;

2) nazwę podmiotu udzielającego upoważnienia;

3) dane osoby upoważnianej:

a) imię (imiona) i nazwisko,

b) numer PESEL;

- 4) okres, na który udziela się upoważnienia;
- 5) podpis podmiotu udzielającego upoważnienia;
- 6) podpis osoby upoważnianej;
- 7) klauzulę o zachowaniu tajemnic dostępu do danych osobowych w brzmieniu: „Osoba upoważniona do przetwarzania danych objętych zakresem, o którym mowa w art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), określonym w niniejszym upoważnieniu, jest zobowiązana do zachowania ich w tajemnicy, również po ustaniu zatrudnienia, oraz zachowania w tajemnicy informacji o ich zabezpieczeniu.”.

§ 11. Osoba, której nadawane są uprawnienia, o których mowa w § 8 ust. 2 otrzymuje, po sprawdzeniu tożsamości na podstawie okazania ważnego dowodu osobistego albo paszportu, niepowtarzalny identyfikator (login) i hasło, które musi zostać zmienione przy pierwszym logowaniu się do systemu.

§ 12. 1. W przypadku zmiany danych, o których mowa w § 10 ust. 2 pkt 3, osoba upoważniona do potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w art. 50 ust. 3 ustawy przekazuje podmiotowi, który udzielił upoważnienia, o którym mowa w § 9, informację zawierającą dane, które uległy zmianie, wskazując aktualne dane wraz z kopią dokumentu potwierdzającego ich zmianę. Informację przekazuje się niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana danych.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, podmiot posiadający upoważnienie, o którym mowa w § 3, przeprowadza procedurę nadania upoważnienia, o którym mowa w § 9.

§ 13. Dokumenty dotyczące upoważnień, o których mowa w § 9, przechowywane są w celach kontrolnych przez podmioty udzielające upoważnień przez 10 lat od dnia udzielenia upoważnienia.

§ 14. Oddział wojewódzki Funduszu cofa upoważnienie, o którym mowa w § 3, lub upoważnienie, o którym mowa w § 9, w przypadku:

- 1) udzielenia upoważnienia na podstawie nieprawdziwych danych;
- 2) zakończenia umowy z podmiotem posiadającym upoważnienia, o którym mowa w § 3;

- 3) w przypadku upoważnienia, o którym mowa w § 9, dotyczącego osoby posiadającej upoważnienia, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 3 - na wniosek podmiotu posiadającego upoważnienie, o którym mowa w § 3;
- 4) naruszenia zasad regulaminu korzystania z systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców;
- 5) powzięcia uzasadnionego przypuszczenia o zagrożeniu bezpieczeństwa przetwarzania danych.

§ 15. Podmiot posiadający upoważnienie, o którym mowa w § 3, cofa upoważnienie, o którym mowa w § 9, w przypadku:

- 1) udzielenia upoważnienia na podstawie nieprawdziwych danych;
- 2) zakończenia powierzenia sprawowania obowiązków przez osobę, której upoważnienie dotyczy;
- 3) naruszenia zasad Regulaminu;
- 4) powzięcia uzasadnionego przypuszczenia o zagrożeniu bezpieczeństwa przetwarzania danych.

§ 16. Rozporządzenie wchodzi w życie ...

MINISTER ZDROWIA

Uzasadnienie

Projekt stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 50 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Projektowane rozporządzenie powinno wejść w życie równocześnie z wejściem w życie ustawy zmieniającej ustawę o świadczeniach, gdyż jest niezbędne dla realizacji uproszczonego sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt regulacji nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Projektowane rozporządzenie oddziałuje na świadczeniodawców, niebędące świadczeniodawcami osoby uprawnione w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rozporządzenie reguluje zasady dostępu do systemu informatycznego umożliwiającego elektroniczną weryfikację uprawnień świadczeniobiorcy, mając na uwadze konieczność zapewnienia integralności oraz poufności przetwarzania danych.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane rozporządzenie nie wiąże się z koniecznością ponoszenia jakichkolwiek dodatkowych kosztów po stronie budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Nie wprowadza także obciążeń finansowych dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do konsultacji Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej oraz Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych. Ze względu na fakt, iż projektowane rozporządzenie ma charakter techniczny i projekt nie wymaga szerokich konsultacji społecznych.

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Projekt rozporządzenia został także udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 11a uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności

Projekt rozporządzenia przyczyni się do zapewnienia integralności oraz poufności przetwarzania danych w procesie elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej nowelizacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia ...

**w sprawie wzorów oświadczeń
o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 50 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wzór oświadczenia o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej, które składa:

- 1) świadczeniobiorca, w przypadku o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny, w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 października 2012 r.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, poz. 476 i poz. ...

WZÓR

OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

I. Składający oświadczenie			
1. imię i nazwisko			
2. adres zamieszkania		Ulica	nr domu
		kod	Nr mieszkania
		miejsowość	
3. telefon kontaktowy			
4. numer PESEL (o ile nadany)			
5. dokument potwierdzający tożsamość		rodzaj	
		<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> dokument paszportowy <input type="checkbox"/> prawo jazdy	
		seria i numer	
II. Treść oświadczenia			
<i>Oświadczam, że posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</i>			
<input type="checkbox"/> z tytułu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym		<input type="checkbox"/> z tytułu uzyskania decyzji (wójta/burmistrza/prezydenta) potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	
		<input type="checkbox"/> spełniam warunki określone w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - jestem w okresie ciąży, porodu lub połoгу oraz posiadam obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP	
podpis osoby składającej oświadczenie			data (rrrr/mm/dd)
III. Świadczeniodawca¹⁾ przyjmujący oświadczenie			
1. pieczętka adresowa świadczeniodawcy, uwzględniająca numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia			
<i>Potwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument wpisanych w oświadczeniu z okazanym mi dokumentem.</i>			
2. imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby upoważnionej do przyjęcia oświadczenia			data (rrrr/mm/dd)

¹⁾ Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

WZÓR

OŚWIADCZENIE

o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

I. Składający oświadczenie			
1. imię i nazwisko			
2. adres zamieszkania		Ulica	nr domu
		kod	Nr mieszkania
3. telefon kontaktowy			
4. numer PESEL (o ile nadany)			
5. dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> dokument paszportowy
	numer	<input type="checkbox"/> prawo jazdy	
6. Działając jako : <input type="checkbox"/> rodzic <input type="checkbox"/> inny niż rodzic przedstawiciel ustawy <input type="checkbox"/> opiekun prawny <input type="checkbox"/> opiekun faktyczny ¹⁾			
II. Osoba, której dotyczy składane oświadczenie			
1. imię i nazwisko			
2. adres zamieszkania		Ulica	nr domu
		kod	Nr mieszkania
3. numer PESEL (o ile nadany)			
4. dokument potwierdzający tożsamość	rodzaj	<input type="checkbox"/> dowód osobisty	<input type="checkbox"/> dokument paszportowy
	numer	<input type="checkbox"/> prawo jazdy	<input type="checkbox"/> legitymacja szkolna
III. Treść oświadczenia			
<i>Oświadczam, że (imię i nazwisko) posiada prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</i>			
<input type="checkbox"/> z tytułu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	<input type="checkbox"/> z tytułu uzyskania decyzji (wójta/burmistrza/prezydenta) potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	<input type="checkbox"/> spełnia warunki określone w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - posiada obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium RP oraz jest w okresie ciąży, porodu lub połogu	<input type="checkbox"/> spełnia warunki określone w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - posiada obywatelstwo polskie i nie ukończył 18. roku życia
Podpis osoby składającej oświadczenie		data (rrrr/mm/dd)	
IV. Świadczeniodawca²⁾ przyjmujący oświadczenie			
1. pieczętka adresowa świadczeniodawcy, uwzględniająca numer umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia			
<i>Potwierdzam zgodność danych identyfikujących dokument wpisanych w oświadczeniu:</i>			
1) osoby składającej oświadczenie,			
2) osoby, której dotyczy oświadczenie			
- z okazanymi mi dokumentami.			
2. imię i nazwisko oraz podpis świadczeniodawcy lub osoby upoważnionej do przyjęcia oświadczenia		data (rrrr/mm/dd)	

¹⁾ Opiekunem faktycznym jest każda osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga.

²⁾ Świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Uzasadnienie

Projekt stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 50 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Projektowane rozporządzenie powinno wejść w życie równocześnie z wejściem w życie ustawy zmieniającej ustawę o świadczeniach, gdyż jest niezbędne dla realizacji uproszczonego sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt regulacji nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Projektowane rozporządzenie oddziałuje na świadczeniobiorców, świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Złożenie oświadczenia, zgodnego ze wzorem gwarantuje, iż zawiera ono niezbędne dane, wskazane w ustawie o świadczeniach. Takie oświadczenie umożliwia świadczeniobiorcy uzyskanie świadczenia, a świadczeniodawcy daje gwarancję, iż Narodowy Fundusz Zdrowia nie odmówi rozliczenia tego świadczenia z tytułu braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane rozporządzenie, określające wzory składanych oświadczeń, nie wiąże się z koniecznością ponoszenia jakichkolwiek dodatkowych kosztów po stronie budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Nie wprowadza także obciążeń finansowych dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Świadczeniodawcy nie mają obowiązku udostępniania formularzy oświadczeń, ale można założyć, iż w celu usprawnienia obsługi pacjentów będą udostępniać wydruki formularzy, co wiąże się z kosztami wydruku (wykonania kopii). Trudno oszacować liczbę przypadków, w których świadczeniobiorca złoży oświadczenie; jednakże ze względu na fakt, iż oświadczenie składane jest dopiero w gdy świadczeniobiorca nie uzyska elektronicznego potwierdzenia, ani nie okaże dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, liczba oświadczeń składanych u indywidualnych świadczeniodawców nie będzie znacząca.

3. Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do konsultacji Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej oraz Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych. Ze względu na fakt, iż zakres danych zawartych w oświadczeniu określiła ustawa o świadczeniach, projektowane rozporządzenie ma charakter techniczny i nie wymaga szerokich konsultacji społecznych.

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Projekt rozporządzenia został także udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 11a uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności

Projekt rozporządzenia określając wzór składanych oświadczeń, uprości sposób potwierdzania

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanej nowelizacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

ROZPORZĄDZENIE

Ministra Zdrowia¹⁾

z dnia ...

w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczeń społecznych albo pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego

Na podstawie art. 87 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, i oddziałów wojewódzkich Funduszu odpowiednio przez:

- 1) Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „Zakładem”,
- 2) Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zwaną dalej „Kasą”,
- 3) podmiot zobowiązany do przekazywania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwany dalej „podmiotem zobowiązanym”
- danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób, w stosunku do których wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, albo ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczeń społecznych oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, poz. 476 i poz. ...

§ 2. 1. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane podane w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, dotyczące:

1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:

- a) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- b) nazwisko i imię,
- c) datę urodzenia,
- d) adres zamieszkania,
- e) adres do korespondencji, o ile jest inny niż adres zamieszkania,
- f) numer PESEL a w przypadku gdy ubezpieczony nie posiada numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- g) płeć,
- h) kod tytułu ubezpieczenia,
- i) datę powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
- j) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;

2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne:

- a) numer NIP,
- b) numer REGON,
- c) numer PESEL lub numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli płatnikowi składek nie nadano numerów NIP i REGON lub jednego z nich,
- d) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej - imię i nazwisko.

2. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące:

1) osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a pobierającej zasiłek lub świadczenie rehabilitacyjne przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym:

- a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b - g,
- c) datę wypłaty zasiłku/świadczenia rehabilitacyjnego,
- d) okres, za który wypłacono zasiłek/świadczenie rehabilitacyjne;

2) pracownika korzystającego z urlopu bezpłatnego:

- a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b - g,
- b) dane identyfikacyjne płatnika składek, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit a i d,

- c) datę rozpoczęcia i zakończenia urlopu bezpłatnego w danym miesiącu kalendarzowym,
 - d) identyfikator imiennego raportu miesięcznego;
- 3) osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczeń społecznych:
- a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b - g,
 - b) datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę w oddziale Zakładu,
 - c) w przypadku wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę osobie zamieszkałej na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej – datę powstania prawa do emerytury lub renty podawaną w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pobierania emerytury lub renty,
 - d) w przypadku wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę osobie zamieszkującej poza na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), która nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania emerytury lub renty - datę powstania prawa do emerytury lub renty,
 - e) w przypadku wydania decyzji odmawiającej prawa do emerytury lub renty, gdy nie zostanie złożone odwołanie do sądu – datę uprawomocnienia się decyzji, liczoną jako 45 dzień od uprawomocnienia się decyzji,
 - f) w przypadku wydania decyzji odmawiającej prawa do emerytury/renty, gdy zostanie złożone odwołanie od decyzji i sąd I instancji:
 - uzna odwołanie za zasadne - datę powstania prawa do emerytury lub renty ustaloną wyrokiem sądu, z zastrzeżeniem lit. c i d,
 - nie uzna odwołania za zasadne – datę uprawomocnienia się wyroku,
 - g) w przypadku wniesienia przez zainteresowanego apelacji od wyroku sądu I instancji, jeżeli sąd apelacyjny:
 - uzna apelację za zasadną– datę powstania prawa do emerytury lub renty ustaloną wyrokiem sądu apelacyjnego, z zastrzeżeniem lit. c i d,
 - nie uzna apelacji za zasadną– datę wyroku sądu apelacyjnego,
 - h) w przypadku wniesienia przez Zakład apelacji od wyroku sądu I instancji, jeżeli sąd II instancji:
 - uzna apelację za zasadną - datę wyroku sądu apelacyjnego,

- oddali apelację– datę powstania prawa do emerytury lub renty, zgodnie z wyrokiem sądu I instancji, z zastrzeżeniem lit. c i d.

§ 3. Zakład, w przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego, przekazuje do centrali Funduszu następujące dane podane w zgłoszeniu wyrejestrowania, określonym w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, dotyczące:

1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:

- a) określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, c, f, h,
- b) kod przyczyny wyrejestrowania,
- c) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
- d) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;

2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne określone w § 2 ust. 1 pkt 2.

§ 4. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące członka rodziny osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu, podane w zgłoszeniu członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 3 ustawy, oraz w zgłoszeniu o utracie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny:

- 1) nazwisko i imię;
- 2) datę urodzenia;
- 3) adres zamieszkania;
- 4) kod stopnia pokrewieństwa;
- 5) kod stopnia niepełnosprawności;
- 6) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 7) numer PESEL, a w przypadku gdy nie posiada numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 8) płeć - przy przekazywaniu danych podanych w zgłoszeniu, tylko w przypadku gdy nie podano numeru PESEL członka rodziny;
- 9) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym;
- 10) datę powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- 11) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 12) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- 13) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 14) dane osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, c, f;

15) dane płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne określone w § 2 ust. 1 pkt 2 lit a i d.

§ 5. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane o opłaconych składkach na ubezpieczenie zdrowotne, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, c, e;
- 2) opłaconych składek podanych w imiennym raporcie miesięcznym lub deklaracji rozliczeniowej, określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych obejmujące:
 - a) okres, którego składka dotyczy,
 - b) datę opłacenia składki,
 - c) kwotę podstawy wymiaru składki,
 - d) kwotę składki należnej,
 - e) kwotę składki opłaconej,
 - f) kwotę opłaconych odsetek za zwłokę,
 - g) kod tytułu ubezpieczenia;
- 3) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne określone w § 2 ust. 1 pkt 2 lit. a.

§ 6. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Zakład przekazuje określone w § 2 – 5, jeżeli osoba ubiegająca się o świadczenie opieki zdrowotnej przedłoży dokument potwierdzający prawo do świadczeń albo złoży pisemne oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń, a dane przekazane przez zakład nie potwierdzają informacji wynikających z dokumentu albo oświadczenia.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Zakładu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby, której wniosek dotyczy.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- a) imię i nazwisko,
- b) numer PESEL, a w przypadku gdy nie posiada numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość
- osoby, której dotyczy.

§ 7. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Zakład przekazuje następujące posiadane dane związane z określeniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji dotyczące:

- 1) wydania formularza A1/E101/E102;

- 2) okresu na jaki formularz A1/E101/E102 został wystawiony;
 - 3) przekazania przez płatnika składek informacji o skróceniu okresu delegowania;
 - 4) płatnika składek:
 - a) numer NIP,
 - b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko,
 - c) adres siedziby.
2. Centrala Funduszu lub oddział wojewódzki Funduszu występują do Zakładu, jeżeli nie uzyskają danych, o których mowa w ust. 1, od płatnika składek lub ubezpieczonego.
 3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Zakładu właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek, a jeśli Fundusz nie posiada danych płatnika składek - do oddziału właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.
 4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera odpowiednio:
 - 1) dane identyfikacyjne ubezpieczonego:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku gdy nie posiada numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 2) okres, którego wniosek dotyczy;
 - 3) państwo/ państwa, w których praca najemna lub działalność gospodarcza jest albo była wykonywana;
 - 4) posiadane przez Fundusz dane płatnika składek:
 - a) numer NIP i nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko,
 - b) dane o pracodawcy zagranicznym,
 - c) dane o działalności gospodarczej prowadzonej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

§ 8. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Zakład przekazuje posiadane dane związane z potwierdzeniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) dotyczące:

- 1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1/E101/E102 oraz o braku podstaw do zastosowania polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt, że osoba we wskazanym okresie nie była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych;

2) poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1/E101/E102 oraz o skróceniu okresu delegowania formularza A1/E101/E102, wraz z posiadanymi danymi dotyczącymi:

- a) wypłacenia zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego z tytułu wypadku przy pracy oraz okresie, za który zostały wypłacone,
- b) uznania przez Zakład zdarzenia za wypadek przy pracy,
- c) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy;

3) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102, oraz o zastosowaniu do ubezpieczonego polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt zgłoszenia do ubezpieczenia wypadkowego, wraz z posiadanymi danymi, o których mowa w pkt 2.

2. W przypadku, gdy wniosek, o którym mowa w ust. 1, dotyczy osoby uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, zamieszkałej za granicą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), której świadczenie transferowane jest do miejsca zamieszkania za granicą w państwach członkowskich lub wypłacane jest w Polsce na rachunek bankowy lub do rąk osoby zamieszkałej w Polsce upoważnionej do odbioru świadczenia, Zakład przekazuje dane o:

- 1) przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową z podaniem daty, od której świadczenie to przysługuje;
- 2) dacie wypadku przy pracy lub dacie powstania choroby zawodowej;
- 3) stwierdzonym naruszeniu sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

3. Centrala Funduszu lub oddział wojewódzki Funduszu występują do Zakładu, jeżeli nie uzyskają danych, o których mowa w ust. 1 i 2, od płatnika składek lub ubezpieczonego.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Zakładu właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek, a jeżeli Fundusz nie posiada informacji na temat siedziby płatnika składek – do oddziału Zakładu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera odpowiednio:

- 1) imię i nazwisko oraz numer PESEL ubezpieczonego, a jeżeli ubezpieczony nie posiada numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 3) kraj, w którym miał miejsce wypadek przy pracy;
- 4) okres, za który udzielono świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy;
- 5) datę wypadku przy pracy lub okres zwolnienia lekarskiego;
- 6) dane identyfikacyjne płatnika:
 - a) numer NIP,
 - b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko.

§ 9. Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane podane w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 ustawy, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:
 - a) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu,
 - b) nazwisko i imię,
 - c) datę urodzenia,
 - d) adres zamieszkania,
 - e) numer PESEL, a w przypadku gdy nie posiada numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) płeć,
 - g) datę powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - h) datę zgłoszenia do ubezpieczenia,
 - i) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - j) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego a ubiegającej się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego rolników:
 - a) dane, o których mowa w pkt 1 lit. b – f,
 - b) datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę w jednostce organizacyjnej Kasy,
 - c) w przypadku wydania decyzji przyznającej prawo do emerytury lub renty – datę powstania prawa do emerytury lub renty,

- d) w przypadku wydania decyzji odmawiającej prawa do emerytury lub renty:
- gdy nie zostanie złożone odwołanie do sądu – datę uprawomocnienia się decyzji,
 - gdy zostanie złożone odwołanie do sądu – odpowiednio datę powstania prawa do emerytury lub renty ustaloną wyrokiem sądu albo datę uprawomocnienia się wyroku.

§ 10. W przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego, Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące osoby podlegającej ubezpieczeniu:

- 1) nazwisko i imię;
- 2) datę urodzenia;
- 3) numer PESEL i NIP, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie posiada numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
- 5) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 11. Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące członka rodziny osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:

- 1) dane wymienione w § 9;
- 2) stopień pokrewieństwa;
- 3) stopień niepełnosprawności;
- 4) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym;
- 5) datę wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego;
- 6) dane osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu określone w § 9 pkt 2, 3, 5-7.

§ 12. 1. Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane o osobach, za które zostały opłacone składki na ubezpieczenie zdrowotne, dotyczące:

1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:

- a) nazwisko i imię,
- b) datę urodzenia,
- c) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie posiada numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość w przypadku osób, którym nadano ten numer;

2) opłaconych składek:

- a) okres lub okresy, których opłacona składka dotyczy,

- b) kwotę podstawy wymiaru składki,
- c) kwotę składki należnej,
- d) kwotę składki opłaconej,
- e) kwotę opłaconych odsetek za zwłokę.

2. W przypadku rolników opłacających składkę od deklarowanej kwoty odpowiadającej dochodowi ustalonemu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz rolników opłacających składkę indywidualnie, dniem, o którym mowa w art. 87 ust. 7 ustawy, jest dzień wprowadzenia wpłaty do ewidencji ubezpieczonego.

§ 13. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Kasa przekazuje następujące dane związane z określeniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji dotyczące:

- 1) wydania formularza A1/E101/E102;
 - 2) okresu na jaki formularz A1/E101/E102 został wystawiony;
 - 3) przekazania przez ubezpieczonego informacji o skróceniu okresu pracy na własny rachunek za granicą;
 - 4) rolnika będącego płatnikiem składek:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) miejsce położenia gospodarstwa rolnego.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do jednostki Kasy właściwej ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego, a jeśli Fundusz nie posiada danych rolnika - do jednostki właściwej ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera odpowiednio:
- 1) dane identyfikacyjne ubezpieczonego:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku gdy nie posiada numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 2) okres, którego wniosek dotyczy;
 - 3) państwo/państwa, w którym/ch wykonywana jest praca na własny rachunek;
 - 4) dane o działalności na własny rachunek wykonywanej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);
 - 5) dane rolnika :

- a) imię i nazwisko,
- b) miejsce położenia gospodarstwa rolnego.

§ 14. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu, Kasa przekazuje posiadane dane związane z potwierdzeniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) dotyczące:

1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1/E101/E102 oraz o braku podstaw do zastosowania polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt, że osoba we wskazanym okresie nie była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych;

2) poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1/E101/E102 oraz o skróceniu okresu delegowania formularza A1/E101/E102, wraz z posiadanymi danymi dotyczącymi:

- a) wypłacenia zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego z tytułu wypadku przy pracy oraz okresie, za który zostały wypłacone,
- b) uznania przez Kasę zdarzenia za wypadek przy pracy,
- c) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy;

3) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102, oraz o zastosowaniu do ubezpieczonego polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt zgłoszenia do ubezpieczenia wypadkowego, wraz z posiadanymi danymi, o których mowa w pkt 2.

2. W przypadku gdy wniosek, o którym mowa w ust. 1, dotyczy osoby uprawnionej do renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową z Funduszu Emerytalno – Rentowego Kasy, zamieszkałej za granicą w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), której świadczenie transferowane jest do miejsca zamieszkania za granicą w państwach członkowskich lub wypłacane jest w Polsce na rachunek bankowy lub do rąk osoby zamieszkałej w Polsce upoważnionej do odbioru świadczenia, Kasa przekazuje dane o:

- 1) przyznaniu renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową z podaniem daty, od której świadczenie to przysługuje;
- 2) dacie wypadku przy pracy lub dacie powstania choroby zawodowej;

3) stwierdzonym naruszeniu sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy lub choroby zawodowej.

3. Centrala Funduszu lub oddział wojewódzki Funduszu występują do Kasy, jeżeli nie uzyskają danych, o których mowa w ust. 1 i 2, od płatnika składek lub ubezpieczonego.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do oddziału Kasy właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek lub miejsce położenia gospodarstwa rolnego, a jeżeli Fundusz nie posiada informacji na temat siedziby płatnika składek lub położenia gospodarstwa rolnego – do oddziału Kasy właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera odpowiednio:

- 1) imię i nazwisko oraz numer PESEL ubezpieczonego, a jeżeli ubezpieczony nie posiada numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 3) kraj, w którym miał miejsce wypadek przy pracy;
- 4) okres, za który udzielono świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy;
- 5) datę wypadku przy pracy lub okres zwolnienia lekarskiego;
- 6) dane identyfikacyjne płatnika:
 - a) numer NIP,
 - b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko.

§ 15. Podmiot zobowiązany przekazuje do centrali Funduszu dane, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. a, b i d, ust. 2 pkt 2 oraz w § 3 - 5.

§ 16. 1. Dane, o których mowa w § 2-5, Zakład przekazuje do centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

2. Dane, o których mowa w § 9 pkt 1 oraz 10 - 12, Kasa przekazuje do centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a pozostałe dane, co do których przekazywania jest zobowiązana Kasa – w formie papierowej.

3. Podmiot zobowiązany przekazuje do centrali Funduszu dane w formie elektronicznej.

4. Dane, o których mowa w § 6 – 8, Zakład przekazuje:

- 1) za pomocą środków komunikacji elektronicznej albo
- 2) w formie papierowej.

5. Format i terminy przekazywania danych, o których mowa w ust. 1 – 3 i ust. 4 pkt 1, odpowiednio Zakład, Kasa oraz podmiot zobowiązany uzgodnią z centralą Funduszu.

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2012 r., z wyjątkiem:

- 1) § 5 pkt 2 lit. b,
- 2) § 9 pkt 1 lit. g oraz i

- które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

W POROZUMIENIU:

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek (Dz. U. Nr 30, poz. 192).

Uzasadnienie

Niniejszy projekt stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 87 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

W celu zapewnienia wszystkich danych niezbędnych do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie danych zawartych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, ustawą z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z ... r., poz.....) rozszerzono dotychczasowy zakres przekazywanych danych przez odpowiednio Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o informacje dotyczące:

- osób, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zachowują prawo do świadczeń finansowanych przez Fundusz; zgodnie z art. 67 ust. 6 i 7 ustawy, są to osoby w okresie pobierania zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, oraz osoby ubiegające się o przyznanie emerytury lub renty (art. 87 ust. 10c i ust. 10d),

- osób korzystających z bezpłatnego urlopu; zgodnie bowiem z art. 69 ust. 3 osoby te tracą prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu; dla ustalenia prawa do świadczeń w przypadku tych osób Fundusz potrzebuje informacji dotyczącej osób, którym pracodawca udzielił urlopu bezpłatnego i terminu rozpoczęcia tego urlopu oraz informacji o ponownym podjęciu pracy (w przypadku ustania zatrudnienia pracodawca jest zobowiązany do wyrejestrowania) (art. 87 ust. 10c i 10e),

- określenia właściwego ustawodawstwa niezbędne do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji,

- potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA).

Dodatkowo ww. ustawa wprowadziła zmiany konieczne do wprowadzenia funkcjonalnego systemu ochrony danych identyfikujących funkcjonariuszy Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które znalazły odzwierciedlenie w projektowanym rozporządzeniu.

Ww. ustawa ze względu na zakres regulowanych spraw, zmieniła organ właściwy do wydania rozporządzenia i jest nim obecnie minister właściwy do spraw zdrowia, który rozporządzenie to wydaje w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego (uprzednio była to Rada Ministrów).

Przepisy projektowanego rozporządzenia wejdą w życie z dniem 1 grudnia 2012 r., z tym że:

- 1) dane dotyczące daty opłacenia składek na ubezpieczenie zdrowotne (§ 5 pkt 2 lit. b projektu rozporządzenia) w przypadku ZUS oraz powstania i wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku KRUS, będą przekazywane od dnia 1 stycznia 2015 r.;
- 2) przepisy projektowanego rozporządzenia będą miały zastosowanie do osób pobierających od dnia 1 grudnia 2012 r. zasiłek lub świadczenie rehabilitacyjne, a także pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego od tej daty albo osób, które wystąpią od dnia 1 grudnia 2012 r. z wnioskiem o przyznanie emerytury lub renty.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Projekt rozporządzenia wywiera wpływ na Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Podmioty te na mocy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym przez ustawę z dnia o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z ... r., poz. ...) zostały zobowiązane do przekazywania szerszego zakresu danych do Funduszu.

2. Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany następującym podmiotom:

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 11a uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki sektora finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Wpływ projektowanej regulacji na dochody i wydatki sektora finansów publicznych, został uwzględniony w Ocenie Skutków Regulacji będącej częścią uzasadnienia do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

6. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Wyeliminowana zostanie sytuacja, gdy świadczeniobiorca nie może uzyskać świadczenia z powodu braku dokumentów potwierdzających jego uprawnienia (sytuacji odsyłania pacjenta bez udzielenia świadczenia).

7. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

W sposób pośredni projekt przyczyni się do ułatwienia (uproszczenia) potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW
z dnia ...**

**w sprawie odrębnego sposobu ubezpieczania ze względu na wymogi obronności
lub bezpieczeństwa państwa**

Na podstawie art. 92 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z póź. zm.)¹⁾ zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa odrębny sposób:

- 1) ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 5 – 8 i 8b – 13 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostką, zwanych dalej „ubezpieczonymi na zasadach szczególnych”;
- 2) zgłaszania i wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a i członków ich rodzin, oraz przekazywania składek na ubezpieczenie zdrowotne.

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, poz. 476 i poz. ...

§ 2. Ubezpieczeni na zasadach szczególnych, spełniający warunki do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułów, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 – 16 i pkt 20 – 34 ustawy, podlegają ubezpieczeniu z każdego z tych tytułów na zasadach określonych w ustawie, z zastrzeżeniem § 3.

§ 3. 1. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne od przychodów uzyskiwanych z tytułu pełnienia służby oblicza i pobiera z dochodu ubezpieczonego na zasadach szczególnych macierzysta jednostka, w której ubezpieczony pełni służbę, zwana dalej „płatnikiem składek”.

2. Płatnik składek przekazuje składki na ubezpieczenie zdrowotne do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w formie zbiorczej za wszystkich ubezpieczonych na zasadach szczególnych. Składki na ubezpieczenie zdrowotne są przekazywane za dany miesiąc w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.

3. Płatnik składek prowadzi indywidualne wykazy przekazywanych składek na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczonych na zasadach szczególnych w sposób umożliwiający kontrolę poprawności obliczenia, pobrania i odprowadzenia składek.

4. Do kontroli, o której mowa w ust. 3, są upoważnione wyłącznie organy nadrzędne płatnika składek upoważnione na podstawie odrębnych przepisów do kontrolowania działalności płatnika składek.

§ 4. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia zalicza wpływy z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczonych na zasadach szczególnych do innych przychodów w rozumieniu art. 116 pkt 9 ustawy.

§ 5. 1. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a ustawy oraz członkowie ich rodzin podlegają zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Obowiązek zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a ustawy oraz członków ich rodzin, należy do płatnika składek.

3. Zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, dokonuje się w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, w stosunku do członków rodziny osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, dokonuje się w terminie 7 dni od daty od daty zgłoszenia członków rodziny płatnikowi.

5. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a ustawy, zgłaszani są do ubezpieczenia zdrowotnego nie później niż w terminie rozliczania i opłacania składek za miesiąc, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego.

7. Prawdziwość danych zawartych w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoba zgłaszana potwierdza własnoręcznym podpisem.

8. W przypadku przekazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego w postaci dokumentu elektronicznego, zgłoszenie w postaci dokumentu pisemnego z własnoręcznym podpisem osoby zgłaszanej płatnik przechowuje przez okres 5 lat.

9. Zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego według ustalonego wzoru albo w formie dokumentu elektronicznego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.²⁾) z oprogramowania, o którym mowa w art. 47a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585, z późn. zm.³⁾), albo w formie wydruku z tego oprogramowania dokonuje się we właściwym ze względu na miejsce zamieszkania oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Na podstawie pierwszego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego zakładane jest konto, o którym mowa w art. 33 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

10. Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego zawiera w szczególności następujące dane dotyczące osoby zgłaszanej: dane, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, nazwisko, imię pierwsze i drugie, datę urodzenia, nazwisko rodowe, obywatelstwo i płeć,

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 12, poz. 65 i Nr 73, poz. 501, z 2008 r. Nr 127, poz. 817, z 2009 r. Nr 157, poz. 1241, z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 167, poz. 1131 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 185, poz. 1092 i Nr 204, poz. 1195.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 218, poz. 1690, z 2010 r. Nr 105, poz. 668, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1474, Nr 254, poz. 1700 i Nr 257, poz. 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 75, poz. 398, Nr 138, poz. 808, Nr 171, poz. 1016, Nr 197, poz. 1170, Nr 199, poz. 1175, Nr 232, poz. 1378 i Nr 291, poz. 1706 oraz z 2012 r. poz. 611 i poz. 637.

tytuł ubezpieczenia, stopień niepełnosprawności, posiadanie ustalonego prawa do emerytury lub renty, adres zameldowania na stałe miejsce pobytu, adres zamieszkania, jeżeli jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu, adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania.

11. Każda osoba, w stosunku do której wygaś tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, podlega wyrejestrowaniu z tego ubezpieczenia. Zgłoszenie wyrejestrowania płatnik składek jest zobowiązany złożyć w terminie 7 dni od daty zaistnienia tego faktu, z zastrzeżeniem ust. 12 i 14. Przepisy ust. 2, 3 i 9 stosuje się odpowiednio.

12. Zgłoszenie wyrejestrowania płatnik składek jest zobowiązany złożyć w terminie 30 dni od dnia ustania stosunku służby.

13. O wszelkich zmianach w stosunku do danych wykazanych w zgłoszeniach, o których mowa w ust. 10 – 12, płatnik składek zawiadamia Narodowy Fundusz Zdrowia w terminie 7 dni od zaistnienia zmian, stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie lub otrzymania zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości przez Zakład.

14. O zmianach w stosunku do danych wykazanych w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 10, dotyczących tytułu ubezpieczenia oraz rodzajów ubezpieczeń i terminów ich powstania, płatnik składek zawiadamia Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez złożenie zgłoszenia wyrejestrowania i ponownego zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych zawierającego prawidłowe dane.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem⁴⁾

PREZES RADY MINISTRÓW

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie odrębnego sposobu ubezpieczania ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa (Dz. U. Nr 283, poz. 2816), które traci moc z dniem na podstawie art. 2 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

UZASADNIENIE

Niniejsze rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego, zawartego w art. 92 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z póź. zm.). Rozporządzenie określa odrębny sposób ubezpieczania w stosunku do funkcjonariuszy tzw. „służb mundurowych”, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostką, a także odrębny sposób zgłaszania i wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonariuszy CBA oraz przekazywania składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2004 r. w sprawie odrębnego sposobu ubezpieczania ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa (Dz. U. Nr 283, poz. 2816), które traci moc z dniem na podstawie art. 2 ustawy z dnia ... o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). W zakresie dotyczącym odrębnego sposobu ubezpieczenia w stosunku do funkcjonariuszy innych niż funkcjonariusze CBA, projektowana regulacja nie zmienia dotychczasowych zasad i stanowi w tym zakresie powielenie regulacji dotychczas obowiązujących.

Treść delegacji z art. 92 ww. ustawy została natomiast zmieniona (poszerzona o regulację obejmującą odrębny sposób zgłaszania i wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonariuszy CBA oraz przekazywania składek na ubezpieczenie zdrowotne). Powyższe implikuje konieczność opracowania nowego rozporządzenia.

Projektowana w § 5 regulacja dostosowuje tryb zgłaszania i wyrejestrowywania z ubezpieczenia funkcjonariuszy CBA, do specyfiki ich pracy. Zgłoszeniu podlegają funkcjonariusze CBA oraz członkowie ich rodzin. Zgłoszeń dokonuje się bezpośrednio do Narodowego Funduszu Zdrowia (nie zaś do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych).

Projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Projekt nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projekt nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1) Podmioty, na które oddziałuje regulacja

Projektowane rozporządzenie oddziałuje na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz na jednostki, w których służbę pełnią: żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową, policjanci, funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, funkcjonariusze Agencji Wywiadu, funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego, funkcjonariusze Służby Kontrwywiadu Wojskowego, funkcjonariusze Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu, funkcjonariusze Straży Granicznej, funkcjonariusze Służby Celnej, funkcjonariusze Służby Więziennej oraz funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej.

2) Konsultacje społeczne

Projektowane rozporządzenie zostanie poddane konsultacjom z Naczelną Izbą Lekarską, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz z jednostkami, w których służbę pełnią funkcjonariusze, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 5 – 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Regulacje wprowadzane w niniejszym projekcie nie będą miały wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na rynek pracy.

5) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki, w tym na przedsiębiorczość

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na konkurencyjność gospodarki, w tym na przedsiębiorczość.

6) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na sytuację i rozwój regionalny.

7) Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na ochronę zdrowia.

8) Ocena zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.