



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-0610-155-26

Druk nr 3141

Warszawa, 23 września 2026 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

Donald Tusk

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 3:
 - a) w ust. 1 po pkt 3a dodaje się przecinek i pkt 3b w brzmieniu:

„3b) absolwenci kierunku lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej szkolenie praktyczne, o którym mowa w art. 15p ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty”,
 - b) w ust. 2 w pkt 1 wyrazy „w ust. 1 pkt 3 i 3a” zastępuje się wyrazami „w ust. 1 pkt 3–3b”;
- 2) w art. 11 w ust. 1 uchyla się pkt 4a;
- 3) w art. 12 pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) art. 16 ust. 1, art. 25 i art. 26 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2022 r. poz. 1689);”;
- 4) w art. 15:
 - a) w ust. 2 uchyla się pkt 19,
 - b) uchyla się ust. 2a;
- 5) uchyla się art. 31da;
- 6) w art. 31ha ust. 3 otrzymuje brzmienie:

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawę z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, ustawę z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, ustawę z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej oraz ustawę z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972, 986 i 1007.

„3. Prezes Agencji, w terminie wskazanym w zleceniu, o którym mowa w art. 31n pkt 2c, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rekomendację wraz z raportem w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.”;

7) w art. 31t w:

- a) ust. 4 uchyla się pkt 4,
- b) ust. 5 uchyla się pkt 3;

8) w art. 42b w ust. 10 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG, na podstawie recepty uprawniającej do refundacji, zgodnie z ustawą o refundacji.”;

9) w art. 42d:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Przepisu ust. 2 pkt 5 nie stosuje się, jeżeli świadczeniobiorca ze względu na pilną konieczność podjęcia leczenia niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia, wynikającą z potwierdzonego stanu klinicznego, poddał się takiemu leczeniu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG:

- 1) po złożeniu kompletnego wniosku o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 9;
- 2) przed złożeniem wniosku o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 9, jeżeli następnie złożył taki wniosek w terminie 30 dni od dnia zakończenia tego leczenia.”;

b) w ust. 4 pkt 9 i 10 otrzymują brzmienie:

„9) numer rachunku płatniczego, w przypadku gdy zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przelewu bankowego, a w przypadku rachunku prowadzonego za granicą – również inne niezbędne dane tego rachunku;

10) imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku płatniczego, jeżeli rachunek ten nie należy do świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, lub nazwę oraz adres posiadacza rachunku płatniczego w przypadku, gdy rachunek ten nie należy do osoby fizycznej;”;

c) w ust. 4a skreśla się wyraz „transgranicznej”,

d) po ust. 4a dodaje się ust. 4b w brzmieniu:

„4b. W przypadku skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 1 w postaci elektronicznej, we wniosku o zwrot kosztów podaje się identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4.”,

e) w ust. 5 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) oryginał lub kopię odpowiednio:

- a) skierowania lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3–5,
 - b) recepty, o której mowa w art. 42b ust. 10 pkt 1 albo pkt 2,
 - c) zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 11
- jeżeli zostały wystawione w postaci papierowej.”,

f) ust. 17 i 18 otrzymują brzmienie:

„17. Zwrot kosztów następuje w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez Fundusz wiadomości o tym, że decyzja, o której mowa w ust. 1, została doręczona. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Funduszu albo dzień nadania przekazu pocztowego.

18. Zwrotu kosztów dokonuje się w drodze przelewu na rachunek płatniczy podany we wniosku o zwrot kosztów albo w drodze przekazu pocztowego.”,

g) uchyla się ust. 25;

10) w art. 42f:

a) w ust. 5 w pkt 2 kropkę na końcu zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) można dołączyć opinię lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim UE lub EOG, mającego specjalizację w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, zawierającą:

- a) imię i nazwisko, specjalizację, numer prawa wykonywania zawodu lekarza wydającego opinię oraz numer telefonu i adres placówki, w której wykonują zawód medyczny,
- b) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego stanowiącego przyczynę złożenia wniosku,
- c) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,
- d) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,

- e) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wnioszek,
 - f) określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wnioszek, wraz z uzasadnieniem
- a także z jej tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego.”,
- b) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:
- „5a. W przypadku załączenia opinii, o której mowa w ust. 5 pkt 3, nie stosuje się przepisu ust. 3.”;
- 11) uchyla się art. 42h;
- 12) w art. 42i po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:
- „5a. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, można dołączyć opinię lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie, mającego specjalizację w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wnioszek. Przepisy art. 42f ust. 5 pkt 3 stosuje się odpowiednio. W przypadku dołączenia do wniosku takiej opinii przepisu ust. 4 nie stosuje się.”;
- 13) po art. 42i dodaje się art. 42ia w brzmieniu:
- „Art. 42ia. 1. Prezes Funduszu wydaje, na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, decyzję administracyjną w sprawie refundacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji, zwanej dalej „refundacją”.
2. Do wniosku o refundację stosuje się odpowiednio przepisy art. 42d ust. 1a, ust. 4 pkt 1–7 i 9–13, ust. 5 pkt 1–2 oraz ust. 6, 7 i 10.
3. W przypadku gdy wniosek o refundację dotyczy leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, do wniosku dołącza się również kopię recepty, zlecenia lub dokumentacji medycznej, z których wynika, że dany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny został zaordynowany świadczeniobiorcy przez osobę uprawnioną w państwie pobytu w związku ze świadczeniem opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek.

4. Wniosek o refundację zawiera oświadczenie świadczeniobiorcy albo jego przedstawiciela ustawowego, że celem pobytu świadczeniobiorcy w państwie, w którym zostały udzielone świadczenia opieki zdrowotnej objęte wnioskiem, nie było uzyskanie takich świadczeń. Oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

5. Po otrzymaniu kompletnego wniosku o refundację Fundusz występuje do instytucji właściwej miejsca pobytu, w rozumieniu przepisów o koordynacji, we właściwym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie o przekazanie informacji o wysokości należnej refundacji, zgodnie z przepisami o koordynacji.

6. Prezes Funduszu ustala kwotę refundacji po otrzymaniu informacji, o której mowa w ust. 5, w walucie polskiej, według dziennego kursu referencyjnego Europejskiego Banku Centralnego, w terminie 30 dni od daty wpływu tej informacji, a jeżeli otrzymana informacja wymaga dodatkowych wyjaśnień – w terminie 30 dni od daty otrzymania tych wyjaśnień.

7. Przepisy art. 42d ust. 16–24 stosuje się odpowiednio.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku o zwrot kosztów albo o refundację, mając na względzie zapewnienie sprawności postępowań w sprawie zwrotu kosztów i postępowań w sprawie refundacji.”;

14) w art. 44 w ust. 2 wyraz „którym” zastępuje się wyrazem „których”;

15) w dziale II po rozdziale 3a dodaje się rozdział 3b w brzmieniu:

„Rozdział 3b

Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich

Art. 47j. 1. Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich, zwane dalej „OECR”, są komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, wyspecjalizowanymi w diagnostyce lub leczeniu świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, o której mowa w dyrektywie Parlamentu Europejskiego

i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45, z późn. zm.).

2. OECR wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, o których mowa w art. 8 pkt 1 lit. a tej ustawy.

3. Status OECR nadaje minister właściwy do spraw zdrowia na okres 5 lat w formie certyfikatu statusu OECR komórce organizacyjnej, która:

- 1) należy do Europejskich Sieci Referencyjnych dla Chorób Rzadkich, zwanych dalej „Europejskimi Sieciami Referencyjnymi”, albo
- 2) spełniła warunki nadania statusu OECR.

4. Komórce organizacyjnej, która należy do Europejskich Sieci Referencyjnych, minister właściwy do spraw zdrowia nadaje status OECR, po złożeniu przez podmiot leczniczy, w którego strukturach znajduje się ta komórka, dokumentu potwierdzającego członkostwo w Europejskich Sieciach Referencyjnych.

5. Komórce organizacyjnej, która nie należy do Europejskich Sieci Referencyjnych, minister właściwy do spraw zdrowia nadaje status OECR po stwierdzeniu spełniania warunków nadania statusu OECR.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia weryfikuje spełnianie warunków nadania statusu OECR na podstawie informacji zawartych w kwestionariuszu ośrodka chorób rzadkich ubiegającego się o status OECR.

7. Warunki nadania statusu OECR uwzględniają różnorodność chorób rzadkich i obejmują:

- 1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) liczbę i kwalifikacje personelu medycznego zaangażowanego w udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej;
- 3) zapewnienie współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej;
- 4) liczbę oraz rodzaj wykonywanych procedur medycznych realizowanych u świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej;

- 5) liczbę świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z diagnostyką lub leczeniem chorób rzadkich;
- 6) liczbę oraz rodzaj badań klinicznych lub naukowych prowadzonych w zakresie chorób rzadkich.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia odmawia nadania statusu OECR w przypadku stwierdzenia niespełnienia warunków nadania statusu OECR.

Art. 47k. Minister właściwy do spraw zdrowia nadaje status OECR i odmawia jego nadania w drodze decyzji administracyjnej.

Art. 47l. W przypadku stwierdzenia zaprzestania spełniania warunków nadania statusu OECR minister właściwy do spraw zdrowia cofa nadany status w drodze decyzji administracyjnej.

Art. 47m. Kwestionariusz ośrodka chorób rzadkich potwierdzający spełnianie warunków nadania statusu OECR zawiera:

- 1) nazwę i adres komórki organizacyjnej, ubiegającej się o nadanie statusu OECR;
- 2) imię i nazwisko kierownika komórki organizacyjnej, o której mowa w pkt 1;
- 3) informacje o liczbie świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w związku z diagnostyką lub leczeniem chorób rzadkich w komórce organizacyjnej, o której mowa w pkt 1;
- 4) informacje o liczbie i kwalifikacji personelu medycznego zaangażowanego w udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w komórce organizacyjnej, o której mowa w pkt 1;
- 5) wskazanie innych komórek organizacyjnych, z którymi komórka organizacyjna, o której mowa w pkt 1, współpracuje przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej;
- 6) informacje o liczbie i rodzaju wykonywanych procedur medycznych u świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej w komórce organizacyjnej, o której mowa w pkt 1;
- 7) informacje o liczbie oraz rodzaju badań klinicznych lub naukowych prowadzonych w zakresie chorób rzadkich w komórce organizacyjnej, o której mowa w pkt 1;

- 8) oświadczenie kierownika komórki organizacyjnej o kompletności danych oraz ich zgodności ze stanem faktycznym.

Art. 47n. 1. Certyfikat statusu OECR zawiera:

- 1) nazwę i adres komórki organizacyjnej, której nadano status OECR;
- 2) nazwę i adres oraz numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 47j ust. 1, w którego strukturze organizacyjnej znajduje się komórka organizacyjna, o której mowa w pkt 1;
- 3) nazwy i adresy innych komórek organizacyjnych, z którymi komórka organizacyjna, o której mowa w pkt 1, współpracuje przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, w ramach struktury organizacyjnej tego samego podmiotu leczniczego;
- 4) okres ważności, na jaki został wydany;
- 5) numer oraz datę wydania;
- 6) podpis ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Certyfikat statusu OEER stanowi załącznik do decyzji administracyjnej ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w art. 47k.

Art. 47o. W celu identyfikacji komórek organizacyjnych, którym nadano status OEER, stosuje się oznaczenie graficzne OEER.

Art. 47p. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowe warunki nadania statusu OEER komórce organizacyjnej, która nie należy do Europejskich Sieci Referencyjnych,
- 2) wzór kwestionariusza ośrodka dla chorób rzadkich potwierdzającego spełnianie warunków nadania statusu OEER,
- 3) wzór certyfikatu statusu OEER,
- 4) wzór oznaczenia graficznego OEER oraz sposób jego stosowania

– mając na uwadze różnorodność chorób rzadkich, sposobów ich leczenia i potrzeb świadczeniobiorców z nimi związanych oraz konieczność zapewnienia sprawności postępowania w sprawie nadania statusu OEER i właściwej identyfikacji komórek organizacyjnych, którym nadano status OEER.

Art. 47q. OEER:

- 1) zapewnia możliwość konsultacji z innymi OEER oraz z innymi świadczeniodawcami za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;

- 2) współpracuje z innymi OECR lub ze szpitalami za granicą, w tym należącymi do Europejskich Sieci Referencyjnych;
- 3) współpracuje ze stowarzyszeniami oraz z fundacjami, których celem statutowym jest działalność na rzecz świadczeniobiorców z chorobami rzadkimi;
- 4) stosuje oznaczenie graficzne według wzoru, o którym mowa w art. 47p pkt 4.

Art. 47r. Na rok przed upływem okresu, o którym mowa w art. 47j ust. 3, komórka organizacyjna, która posiada status OECR, może ubiegać się o nadanie statusu OECR na kolejny okres 5 lat, z zachowaniem ciągłości posiadania statusu OECR.”;

- 16) w art. 50a w ust. 3 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz pkt 10 w zakresie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób”;

- 17) w art. 54:

- a) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„11. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może upoważnić kierownika lub innego pracownika ośrodka pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 165 i 912) – dyrektora centrum usług społecznych lub innego pracownika centrum usług społecznych, do załatwiania spraw i wydawania decyzji w jego imieniu dotyczących potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.”;

- b) po ust. 11 dodaje się ust. 11a w brzmieniu:

„11a. W przypadku osób bezdomnych przy wydawaniu decyzji, o której mowa w ust. 1, właściwość miejscową gminy ustala się według ostatniego miejsca zameldowania tych osób na pobyt stały, a w przypadku, gdyby nie można było ustalić miejsca zameldowania – właściwa jest gmina miejsca pobytu.”;

- 18) w art. 61i w ust. 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) podmiocie, o którym mowa w art. 24 ust. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.”;

- 19) w art. 66 w ust. 1:

a) pkt 20a otrzymuje brzmienie:

„20a) absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, absolwenci kierunku lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej szkolenie praktyczne, o którym mowa w art. 15p ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, oraz osoby odbywające kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;”;

b) pkt 25 otrzymuje brzmienie:

„25) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz. U. z 2026 r. poz. 115), niespełniające wymogów określonych w art. 2 ust. 3 tej ustawy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;”;

20) w art. 67 po ust. 3a dodaje się ust. 3b w brzmieniu:

„3b. W przypadku powzięcia wiadomości, że dana osoba uzyskała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jako członek rodziny, zgodnie z przepisami innego niż Rzeczpospolita Polska państwa UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa w okresie, w którym zgodnie z przepisami o koordynacji powinna być objęta ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej, Fundusz zgłasza taką osobę do ubezpieczenia zdrowotnego, jako członka rodziny, jeżeli nie została zgłoszona do tego ubezpieczenia przez osobę obowiązana do takiego zgłoszenia. Zgłoszenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, obejmuje cały okres, w którym dana osoba powinna podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej jako członek rodziny.”;

21) w art. 72 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku zawieszenia prawa do renty socjalnej w razie osiągnięcia przychodu z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego, na zasadach określonych w art. 104 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, w tym również w razie osiągnięcia przychodów za granicą z tego tytułu, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 90 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.”;

22) w art. 73 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

- „4) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20, 20a i 22, powstaje z dniem złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, niewcześniejsz jednak niż z dniem rozpoczęcia odpowiednio pierwszego semestru kształcenia, obowiązkowego stażu lub szkolenia praktycznego, o którym mowa w art. 15p ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lub kursu, a wygasa z dniem ukończenia odpowiednio studiów lub kształcenia w szkole doktorskiej, lub stażu, lub szkolenia praktycznego w ramach stażu na podstawie art. 15p ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lub kursu albo skreślenia z listy studentów lub listy doktorantów, lub listy uczestników stażu, lub ze szkolenia praktycznego, lub z listy kursu;”;
- 23) w art. 75:
- a) ust. 1b otrzymuje brzmienie:
- „1b. Bank, w przypadku uzyskania od Funduszu informacji, że osoba, której wypłaca emeryturę lub rentę z innego państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub ze Zjednoczonego Królestwa, podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty, zgłasza tę osobę do ubezpieczenia zdrowotnego w terminie do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymał taką informację.”;
- b) po ust. 1b dodaje się ust. 1c w brzmieniu:
- „1c. Osoba, która po przyznaniu prawa do krajowej emerytury lub renty została wyrejestrowana z ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na podjęcie działalności zarobkowej na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa albo nie została z tego powodu zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego, informuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub inny właściwy organ emerytalny o zakończeniu takiej działalności, w terminie 14 dni od dnia jej zakończenia.”;
- 24) w art. 77 w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
- „1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku jego braku – oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na:
- a) ostatnie miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o ile jest ono znane płatnikowi, albo

- b) siedzibę płatnika składek lub jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo jednostki organizacyjnej innego organu emerytalnego wypłacającego emeryturę lub rentę – w przypadku osoby, która nie miała miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;”;
- 25) w art. 81:
- a) ust. 2m otrzymuje brzmienie:

„2m. Zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 2i, o ile przekracza ona dziesięciokrotność kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, dokonuje z urzędu Zakład Ubezpieczeń Społecznych pod warunkiem złożenia rozliczenia rocznego przez płatnika składek w terminie na złożenie dokumentu, o którym mowa w ust. 2ka.”,
 - b) po ust. 2m dodaje się ust. 2ma w brzmieniu:

„2ma. Przepis ust. 2qa stosuje się w przypadku, gdy płatnik składek złożył rozliczenie roczne po terminie na złożenie dokumentu, o którym mowa w ust. 2ka, albo w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych nie został zewidencjonowany numer rachunku płatniczego płatnika składek, albo rachunek płatniczy płatnika składek, na który Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazał zwrot kwoty, o której mowa w ust. 2i, jest nieaktywny.”,
 - c) uchyla się ust. 2n–2p,
 - d) ust. 2q i 2qa otrzymują brzmienie:

„2q. Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonuje zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 2i, o ile przekracza ona dziesięciokrotność kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, pod warunkiem braku zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, zaległości na koncie płatnika składek z tytułu składek pobieranych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub zaległości z tytułu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek. W przypadku wystąpienia zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, składek lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek, kwota zwrotu podlega zaliczeniu na poczet tych zaległości.

2qa. W przypadku gdy kwota, o której mowa w ust. 2i, nie przekracza dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w

administracji, przy jednoczesnym braku zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, składek lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek, kwota zwrotu podlega rozliczeniu na koncie płatnika składek do końca roku, w którym upływa termin na złożenie zeznania, o którym mowa w art. 45 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych. Do rozliczonej na koncie płatnika kwoty zwrotu stosuje się odpowiednio zasady określone w art. 24 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. W przypadku wystąpienia zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, składek lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek, kwota zwrotu podlega zaliczeniu na poczet tych zaległości.”,

- e) po ust. 2qa dodaje się ust. 2qb w brzmieniu:

„2qb. Kwota, o której mowa w ust. 2i, w pierwszej kolejności podlega zaliczeniu na poczet zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, za poprzednie lata składkowe lub kalendarzowe, a w drugiej kolejności składek z tytułu składek pobieranych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych – w przypadkach, o których mowa w ust. 2q i 2qa.”,

- f) ust. 2s otrzymuje brzmienie:

„2s. Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonuje zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 2i, niepóźniej niż w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do złożenia zeznania, o którym mowa w art. 45 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, za rok poprzedni.”,

- g) w ust. 2x dodaje się zdanie trzecie w brzmieniu:

„Na poczet zwrotu należności są zaliczane nienależnie opłacone składki na zasadach określonych w art. 24 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.”,

- h) w ust. 2zd wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Ilekoć w ust. 2, 2b–2c, 2d–2f, 2g, 2h–2m i 2q–2zc jest mowa o przychodach lub kosztach ich uzyskania, w rozumieniu ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych lub ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o

zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, nie uwzględnia się w tych przychodach i kosztach ich uzyskania.”,

i) ust. 2zf otrzymuje brzmienie:

„2zf. Ilekroć w ust. 2, 2b–2c, 2d–2f, 2g, 2h–2m i 2q–2zc jest mowa o składkach na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, nie uwzględnia się w ich kwotach składek opłaconych w miesiącu, w którym ubezpieczony spełniał warunki do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie art. 82 ust. 8–9a.”;

26) w art. 97 w ust. 3:

a) pkt 2a otrzymuje brzmienie:

„2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4, w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz w pkt 10 w zakresie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób;”;

b) uchyla się pkt 15;

27) w art. 102:

a) w ust. 5 uchyla się pkt 24b,

b) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Pełnomocnictwa, o których mowa w ust. 7, są udzielane w formie:

- 1) papierowej, opatrzonej podpisem własnoręcznym, lub
- 2) elektronicznej, opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym

– pod rygorem nieważności.”;

28) w art. 108 ust. 1a otrzymuje brzmienie:

„1a. Oddział wojewódzki Funduszu finansuje świadczeniodawcy, mającemu siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie danego województwa osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4, w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz pkt 10 w zakresie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.”;

29) w art. 112 w:

- a) ust. 1 pkt 2–4 otrzymują brzmienie:
 - „2) właścicielami lub pracownikami aptek związanych z Funduszem umową na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, właścicielami lub pracownikami świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;
 - 3) członkami organów podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;
 - 4) członkami organów jednostek samorządu terytorialnego;”;
- b) ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
 - „2) wykonywać działalności gospodarczej, której przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo wykonywanie działalności powiązanej z zakresem zadań realizowanych przez Fundusz.”;
- 30) w art. 118 w ust. 2 w pkt 1:
 - a) uchyla się lit. d,
 - b) w lit. e uchyla się tiret trzecie;
- 31) w art. 123 ust. 3 otrzymuje brzmienie:
 - „3. W przypadku nieusunięcia przez Prezesa Funduszu nieprawidłowości, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych dokonuje zmian w planie finansowym Funduszu oraz ustala ten plan w drodze zarządzenia.”;
- 32) w art. 132 w ust. 2 skreśla się wyrazy „, z wyjątkiem umowy, o której mowa w art. 15 ust. 2a”;
- 33) art. 138 otrzymuje brzmienie:
 - „Art. 138. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych.”;
- 34) w art. 149 w ust. 1 pkt 9 otrzymuje brzmienie:
 - „9) jeżeli świadczeniodawca nie posiada pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, i nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 139a ust. 2.”;
- 35) w art. 159 ust. 2a otrzymuje brzmienie:
 - „2a. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, oraz umowy ze

świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej zawiera się na czas nieoznaczony.”;

36) w art. 159a ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Prezes Funduszu dokonuje zmiany w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1, polegającej na wykreśleniu danego profilu systemu zabezpieczenia.”;

37) w art. 188c w ust. 5 wyraz „który” zastępuje się wyrazem „którym”.

Art. 2. W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199, 252, 426, 473, 507 i 734) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 24 ust. 6a otrzymuje brzmienie:

„6a. Nienależnie opłacone składki podlegają zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet należności, o których mowa w art. 81 ust. 2x ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.³⁾), a w razie ich braku – na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek, z zastrzeżeniem ust. 6c, 8 i 8d.”;

2) w art. 50:

a) w ust. 3 po pkt 8 dodaje się pkt 8a w brzmieniu:

„8a) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia,”

b) po ust. 18 dodaje się ust. 18a w brzmieniu:

„18a. Zakład udostępnia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w postaci elektronicznej, wykaz zawierający dane wskazanych przez tego ministra osób zgłoszonych do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego, a także członków ich rodzin, którzy zostali zgłoszeni do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego, obejmujące:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia,
- 3) datę powstania obowiązku ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego,

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972, 986, 1007 i

- 4) datę wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych lub z ubezpieczenia zdrowotnego,
- 5) kod i nazwę tytułu ubezpieczenia,
- 6) okres rozliczeniowy,
- 7) dane dotyczące płatników składek:
 - a) numer NIP, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tego numeru – numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu,
 - b) nazwę skróconą lub imię i nazwisko płatnika składek

– w celu prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1749 oraz z 2026 r. poz. 26 i 425) w art. 139 w ust. 1 po pkt 2c dodaje się pkt 2ca w brzmieniu:

„2ca) nieopłacone należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, w przypadku gdy zaległość w opłacaniu tych składek powstała w wyniku niedopełnienia przez osobę pobierającą emeryturę lub rentę obowiązku określonego w art. 75 ust. 1c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;”.

Art. 4. W ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2022 r. poz. 1689) w art. 26:

1) ust. 1–4 otrzymują brzmienie:

„1. Osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku nie przysługuje prawo wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentysty oraz szpitala, określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.³⁾). Wybór, o którym mowa w zdaniu pierwszym, jest dokonywany przez kierownika Ośrodka.

2. Świadczenia zdrowotne, których nie można udzielić w Ośrodku, są udzielane osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku w pierwszej kolejności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.

3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 2, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Sprawiedliwości.

4. Podmioty lecznicze inne niż te, o których mowa w ust. 2, współdziałają w zapewnieniu osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku świadczeń zdrowotnych, gdy jest konieczne:

- 1) natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku;
 - 2) przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia, pielęgnacji lub rehabilitacji, których nie można przeprowadzić w Ośrodku lub w podmiotach leczniczych, o których mowa w ust. 2.”;
- 2) po ust. 4 dodaje się ust. 4a i 4b w brzmieniu:

„4a. W sytuacjach, o których mowa w ust. 2 lub 4, o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie umieszczonej w Ośrodku decyduje kierownik Ośrodka. Przepisów o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 57 ust. 1 oraz art. 59 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz na podstawie skierowania lekarza w przypadku leczenia szpitalnego w szpitalu, o którym mowa w art. 58 tej ustawy, nie stosuje się.

4b. Świadczenia zdrowotne są udzielane osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku w obecności upoważnionych pracowników Ośrodka, chyba że kierownik Ośrodka lub osoba udzielająca świadczenia zdrowotnego, w uzasadnionych przypadkach, zdecyduje inaczej.”.

Art. 5. W ustawie z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1295) w art. 10:

- 1) po ust. 2 dodaje się ust. 2a i 2b w brzmieniu:

„2a. Laboratorium jest obowiązane do stałego udziału w programie zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości, organizowanym przez jednostki podległe ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, których zadania statutowe obejmują prowadzenie kontroli badań laboratoryjnych.

2b. W przypadku gdy zakres wykonywanych badań laboratoryjnych nie jest objęty programem, o którym mowa w ust. 2a, laboratorium ma obowiązek stałego udziału w programie zewnętrznej oceny jakości międzylaboratoryjnej albo w międzynarodowym programie zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych, jeżeli programy te są rekomendowane przez towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w dziedzinie medycyny, która odpowiada zakresowi badań laboratoryjnych mających podlegać ocenie.”;

2) w ust. 3 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) prowadzenie przez laboratorium stałej wewnętrznej kontroli jakości badań laboratoryjnych, zgodnie z opartą na dowodach naukowych wiedzą, z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi kontrolnych dla wszystkich rodzajów badań wykonywanych w laboratorium, a także stały udział laboratorium w programach zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych;”.

Art. 6. W ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692 oraz z 2026 r. poz. 1007) w art. 7 w pkt 2 i art. 11 w ust. 7 w pkt 2 skreśla się wyrazy „i art. 31da ust. 1”.

Art. 7. Komórka organizacyjna zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, której przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy nadano status Ośrodka Eksperckiego Chorób Rzadkich, zachowuje ten status na okres przynależności do Europejskich Sieci Referencyjnych dla Chorób Rzadkich, nie dłużej jednak niż przez 5 lat, licząc od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, jeżeli w tym okresie należy do Europejskich Sieci Referencyjnych dla Chorób Rzadkich.

Art. 8. Do postępowań w sprawie refundacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, wszczętych i niezakończonych w dniu wejścia w życie art. 1 pkt 9 lit. e oraz g i pkt 13 niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 9. Do zlecenia ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 31n pkt 2c ustawy zmienianej w art. 1, złożonego przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 10. W dniu wejścia w życie ustawy umowy ze świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej, o

których mowa w art. 159 ustawy zmienianej w art. 1, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stają się umowami zawartymi na czas nieoznaczony.

Art. 11. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 9 lit. e oraz g i pkt 13 oraz art. 2, które wchodzi w życie po upływie 12 miesięcy od dnia ogłoszenia;
- 2) art. 1 pkt 25 oraz art. 3, które wchodzi w życie po upływie 9 miesięcy od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Przedłożony projekt ustawy wprowadza zmiany w:

- 1) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej” lub „ustawą”;
- 2) ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199, z późn. zm.);
- 3) ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1749, z późn. zm.);
- 4) ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2022 r. poz. 1689);
- 5) ustawie z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1295);
- 6) ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692, z późn. zm.).

Zmiany uszczelniające regulacje dotyczące poboru składki z emerytur lub rent zagranicznych, zmiany dostosowujące regulacje dotyczące wydawania zgody na leczenie w innych państwach Unii Europejskiej (UE) lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (UK) oraz nowe przepisy regulujące refundację kosztów niezbędnych świadczeń udzielonych w tych państwach.

Zmiana w art. 42b ust. 10 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 8 projektu**) polega na zastąpieniu recepty transgranicznej receptą uprawniającą do refundacji. Literalna wykładnia tego przepisu w obecnym brzmieniu wyklucza możliwość zwrotu kosztów leku zakupionego w innym państwie członkowskim UE lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG), mimo iż świadczeniobiorca uzyskał receptę refundowaną na taki lek, jeżeli nie spełniała ona formalnych wymogów recepty transgranicznej, co stoi w sprzeczności z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2021, str. 45, z późn. zm.). Celem wprowadzenia recepty transgranicznej nie było nałożenie dodatkowych restrykcji w zakresie możliwości uzyskania zwrotu kosztów leku, na zasadach transgranicznej opieki zdrowotnej, lecz wyłącznie ułatwienie zakupu leku w innym

państwie UE lub EOG. Niemniej jednak, w przypadku nabycia przez świadczeniobiorcę leku w aptecce działającej w innym państwie UE lub EOG, na podstawie polskiej recepty uprawniającej do refundacji, niebędącej receptą transgraniczną, powinien on również mieć prawo do uzyskania zwrotu kosztów takiego leku.

W art. 42d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 9 projektu**) wprowadzono szereg zmian dostosowujących. Pierwsza zmiana polega na modyfikacji tego przepisu, tak aby nie można było odmówić zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy wnioskodawca nie złożył wniosku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, przed udaniem się na leczenie do innego państwa EOG lub UE, jeżeli było to uzasadnione stanem zdrowia wnioskodawcy, tj. wynikało to z konieczności bezzwłocznego poddania się leczeniu. Takie rozwiązanie jest niezbędne w celu dostosowania polskiego prawa do wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 23 września 2020 r. w sprawie C-777/18. Kolejna zmiana, w ust. 4 pkt 10, polega na uwzględnieniu możliwości przelania kwoty zwrotu kosztów na rachunek nienależący do osoby fizycznej. Jest ona uzasadniona ze względu na występujące w praktyce sytuacje korzystania przez pacjentów z pośrednictwa wyspecjalizowanych podmiotów, które organizują ich wyjazd w celu uzyskania określonej usługi medycznej w innym państwie UE lub EOG i finansują koszty takiej usługi, w zamian za scedowanie przez pacjenta na ich rzecz roszczenia o zwrot kosztów wobec NFZ. Ponadto w ust. 4 pkt 9 i 10 zamieniono termin „rachunek bankowy” na termin „rachunek płatniczy”, co ułatwi uzyskiwanie zwrotu kosztów osobom posiadającym rachunki prowadzone przez spółdzielcze kasy oszczędnościowe. Z kolei zmiana w ust. 5 pkt 3 jest związana z wprowadzeniem e-recepty, e-skierowania oraz zleceń na wyroby medyczne w formie elektronicznej, co oznacza, że w przypadku wystawienia tego rodzaju dokumentów od osoby wnioskującej o zwrot kosztów nie można oczekiwać przedstawienia ich papierowej wersji. Z tą zmianą wiąże się również konieczność dodania ust. 4a stanowiącego, że w przypadku posiadania przez wnioskodawcę e-skierowania we wniosku o zwrot kosztów należy podać jego identyfikator. W ust. 17 zawarto doprecyzowanie, iż 7-dniowy termin na dokonanie zwrotu kosztów biegnie od dnia powzięcia przez NFZ wiadomości o tym, że decyzja o jego przyznaniu została doręczona, przy czym za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego NFZ albo dzień nadania przekazu pocztowego. Uchylenie ust. 25 jest konsekwencją przeniesienia upoważnienia do określenia wzoru wniosku do nowego art. 42ia.

Z kolei zmiany zaproponowane w art. 42f i art. 42i ustawy (**zmiany w art. 1 pkt 10 i 12 projektu**) mają na celu dostosowanie polskiego prawa do wymogów prawa unijnego,

w związku z wyrokiem Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 6 października 2021 r. w sprawie C-538/19. W opinii Trybunału prawidłowe stosowanie przez państwa członkowskie art. 20 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.) wymaga, aby odpowiednie regulacje prawne państwa ubezpieczenia dopuszczały możliwość wydania zgody na leczenie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA – w przypadku spełnienia przesłanek zawartych w ww. przepisie – również na podstawie wniosku, do którego dołączona została odpowiednia opinia lekarza wykonującego zawód w innym ww. państwie członkowskim, w szczególności państwie wnioskowanego leczenia. W związku z powyższym w art. 42i ustawy zaproponowano dodanie odpowiednich przepisów przewidujących możliwość załączenia do wniosku o wydanie zgody Prezesa NFZ na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim, na zasadach obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji (tj. przepisów, o których mowa w art. 5 pkt 32 ustawy), odpowiedniej opinii lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, która zastąpi wypełnienie odpowiedniej części wniosku przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Jednocześnie proponuje się dodanie analogicznych regulacji także w art. 42f ustawy, mając na uwadze, iż wydanie uprzedniej zgody będącej warunkiem zwrotu kosztów niektórych świadczeń opieki zdrowotnej, przewidzianego w art. 42b ustawy, następuje w oparciu o podobne przesłanki, jak w przypadku wydawania zgód na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji.

Proponowany nowy art. 42ia ustawy (**zmiana w art. 1 pkt 13 projektu**) ma na celu uregulowanie na poziomie ustawowym procedury refundacji niezbędnych świadczeń zdrowotnych udzielonych w innym państwie członkowskim UE, EFTA lub UK, zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (a konkretnie z art. 25 ust. 5 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.). Dotyczy to sytuacji, gdy świadczeniobiorca z różnych powodów musiał pokryć koszty niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu w innym państwie członkowskim i po powrocie do kraju występuje o zwrot takich kosztów do NFZ, lecz nie w oparciu o art. 42b–42d ustawy, czyli przepisy dotyczące zwrotu kosztów tzw. transgranicznej opieki zdrowotnej, a na podstawie przepisów o koordynacji. Obecnie taka procedura jest regulowana jedynie na poziomie zarządzenia Prezesa NFZ. W projektowanych

regulacjach proponuje się przyjęcie reguł analogicznych do tych, które funkcjonują w odniesieniu do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, w szczególności przez odpowiednie stosowanie wskazanych przepisów art. 42d ustawy. Jednocześnie w projektowanych przepisach art. 42ia ust. 3–5 ustawy zawarto dodatkowe regulacje niezbędne w związku z pewnymi odrębnościami postępowania w sprawie refundacji w stosunku do postępowania w sprawie zwrotu kosztów, wynikającymi z przepisów o koordynacji. W szczególności w odniesieniu do wniosków obejmujących refundację leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wprowadzono wymóg dołączania do wniosku kopii recepty, zlecenia lub dokumentacji medycznej, z których wynika, że dany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny został zaordynowany przez osobę uprawnioną w państwie pobytu w związku z udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o refundację, a więc takiego świadczenia, które podlega refundacji zgodnie z przepisami o koordynacji. W art. 42ia ust. 7 ustawy wprowadzono upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wzoru wniosku o zwrot kosztów oraz wzoru wniosku o refundację. Ze względu na podobieństwo obu postępowań, w szczególności daleko idącą zbieżność pod względem zakresu informacji i dokumentów wymaganych od wnioskodawców, jest uzasadnione zastosowanie jednego wzoru formularza.

W projektowanych przepisach nie określono przesłanek wydania decyzji o przyznaniu bądź o odmowie refundacji kosztów, bowiem wynikają one wprost z unijnych przepisów o koordynacji, a konkretnie z art. 19 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i art. 25 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, które są stosowane bezpośrednio.

Natomiast w odniesieniu do terminu załatwienia wniosku należy zauważyć, że ten termin co do zasady nie został określony w przepisach dotyczących postępowania administracyjnego uregulowanego w rozdziale 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 42f, art. 42i, art. 42j). Do tych postępowań stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego i powinno to dotyczyć także postępowania w sprawie wniosku o refundację kosztów. Odrębne, szczegółowe uregulowanie terminów w postępowaniu w sprawie wniosku o zwrot kosztów, zawarte w art. 42d ust. 13–15, stanowiło wyjątek od reguły i miało na celu zapewnienie zgodności przepisów tego artykułu z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE

z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Jednocześnie zostanie uchylone upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia tylko wzoru wniosku o zwrot kosztów (**zmiana w art. 1 pkt 9 lit. g projektu**).

Zmiana zaproponowana w art. 67 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 20 projektu ustawy**), polegająca na dodaniu ust. 3b, ma na celu umożliwienie NFZ zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny ubezpieczonego w przypadku powzięcia wiadomości, że dana osoba uzyskała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, jako członek rodziny, zgodnie z przepisami innego niż Rzeczpospolita Polska państwa UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa w okresie, w którym zgodnie z przepisami o koordynacji powinna być objęta ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej. NFZ zgłasza taką osobę do ubezpieczenia zdrowotnego, jako członka rodziny, jeżeli nie została zgłoszona do tego ubezpieczenia przez osobę obowiązaną do takiego zgłoszenia. Takie zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego powinno obejmować cały okres, w którym dana osoba powinna podlegać polskiemu ubezpieczeniu zdrowotnemu jako członek rodziny. Powyższe unormowanie jest niezbędne w celu ustanowienia stanu prawnego zgodnego z polskim prawem i przepisami o koordynacji, w sytuacji, w której nie ma możliwości wyegzekwowania od osób obowiązanych wykonania obowiązku wynikającego z art. 67 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Zaproponowane nowe brzmienie art. 75 ust. 1b ustawy (**zmiana w art. 1 pkt 23 lit. a projektu**) upoważni NFZ do informowania banku o podleganiu polskiemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania emerytury lub renty osoby, której wypłaca on takie świadczenie z państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub UK, nie tylko w odpowiedzi na zapytanie skierowane przez bank na podstawie art. 75 ust. 1a ustawy, lecz również w przypadku, gdy na takie zapytanie NFZ udzielił uprzednio negatywnej odpowiedzi, jednak po upływie określonego czasu dana osoba zaczęła pobierać również polskie świadczenie emerytalno-rentowe. W takich sytuacjach następuje zmiana właściwego ustawodawstwa i NFZ, jako instytucja miejsca zamieszkania w rozumieniu przepisów o koordynacji, ma obowiązek informować instytucje właściwe innych państw członkowskich o unieważnieniu dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na koszt tych instytucji. W przypadku osób, których będzie to dotyczyło, NFZ na podstawie omawianego przepisu będzie upoważniony do przekazania bankowi nowej informacji na temat zmienionego statusu osoby pobierającej emeryturę lub rentę wypłacaną

przez bank, który z kolei będzie obowiązany do dokonania zgłoszenia takiej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego.

W aktualnym stanie prawnym brak jest przepisów zobowiązujących osoby pobierające emerytury lub renty, które znajdują lub znajdowały się w sytuacjach transgranicznych związanych ze stosowaniem unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, do informowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zwanego dalej „ZUS”, lub innych właściwych organów emerytalnych o okolicznościach decydujących o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty. Jednocześnie brak jest także podstawy prawnej do potrącania zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne od osób, które podlegały obowiązkowi tego ubezpieczenia w danym okresie, lecz nie były do niego zgłoszone ze względu na brak odpowiedniej informacji po stronie właściwego organu emerytalnego. Proponuje się w związku z tym dodanie w art. 75 ustawy (**zmiana w art. 1 pkt 23 lit. b projektu**) przepisów, które zobowiążą osoby, które po przyznaniu prawa do emerytury lub renty zostały wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na podjęcie działalności zarobkowej na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub UK albo nie zostały z tego powodu zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego, do poinformowania właściwego organu emerytalnego o zakończeniu takiej działalności, w terminie 14 dni od dnia jej zakończenia. Uzyskanie takiej informacji pozwoli organom emerytalnym na ustalenie, że osoby obowiązane do jej przekazywania podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty i co za tym idzie zgłoszenie tych osób do ubezpieczenia zdrowotnego. Jednocześnie w art. 139 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (**zmiana w art. 3 projektu**) proponuje się dodanie przepisu upoważniającego ZUS do potrącania z emerytury lub renty nieopłaconych należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, w przypadku gdy zaległość w opłacaniu tych składek powstała w wyniku niedopełnienia przez osobę pobierającą emeryturę lub rentę wprowadzanego na mocy projektowanej ustawy obowiązku informowania organu emerytalnego. Przepis ten będzie miał zastosowanie także do emerytur i rent wypłacanych na podstawie innych ustaw, które w zakresie potrąceń z emerytury lub renty odsyłają do regulacji ww. ustawy.

W art. 77 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 24 projektu**) wprowadzono zmianę mającą na celu jednoznaczne określenie oddziału wojewódzkiego NFZ, do którego należy kierować zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zgodnie z

dotychczasowym brzmieniem nowelizowanego przepisu takie zgłoszenie w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego wskazywany jest oddział wojewódzki NFZ właściwy ze względu na miejsce zamieszkania zgłaszanej osoby na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, natomiast w przypadku braku takiego miejsca zamieszkania wskazywany jest oddział wojewódzki NFZ wybrany przez tę osobę. Przyjęte rozwiązanie eliminuje możliwość wyboru oddziału wojewódzkiego NFZ przy zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby mającej miejsce zamieszkania poza terytorium kraju, stanowiąc, że w takim przypadku w zgłoszeniu wskazuje się oddział wojewódzki właściwy ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania na terytorium kraju, o ile jest ono znane płatnikowi składki, a w przypadku osoby, która nie miała takiego miejsca zamieszkania – oddział właściwy ze względu na siedzibę płatnika składek lub jednostki organizacyjnej ZUS albo jednostki organizacyjnej innego organu emerytalnego wypłacającego emeryturę lub rentę. Wprowadzenie regulacji jednoznacznie wskazującej właściwy oddział wojewódzki NFZ dla osób niemających miejsca zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej usuwa tym samym możliwość wyboru tego oddziału, mogącą sugerować fakultatywny charakter zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego tej grupy ubezpieczonych.

Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich (zmiany w art. 1 pkt 15 projektu)

Projekt obejmuje ponadto przepisy dotyczące Ośrodków Eksperckich Chorób Rzadkich, zwanych dalej „OECR”. Zasadniczym zadaniem OECR jest zapewnienie świadczeniobiorcom z określoną chorobą rzadką lub grupą chorób rzadkich dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz wysokospecjalistycznej, koordynowanej opieki medycznej. Zgodnie z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej European Union Committee of Experts on Rare Diseases, zwany dalej „EUCERD”, opracował jednolite zalecenia i rekomendacje dotyczące powoływania OECR w państwach członkowskich. Zgodnie z zaleceniami EUCERD, OECR powinny być nominowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

W Rzeczypospolitej Polskiej dotychczas powołano OECR w tzw. trybie uznania kompetencji – tzn. w dniu 27 marca 2023 r. Minister Zdrowia wystosował list nominacyjny do wszystkich ośrodków będących w Europejskich Sieciach Referencyjnych dla Chorób Rzadkich i oficjalnie uznał je jako OECR. Mając na uwadze istnienie wielu innych ośrodków, które od lat prowadzą diagnostykę oraz zapewniają leczenie i opiekę świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, które posiadają bogaty dorobek naukowy oraz prowadzą ugruntowaną współpracę z podmiotami zagranicznymi, jest konieczne wprowadzenie regulacji

prawnych dotyczących nadawania statusu kolejnych OECR. Projekt ustawy obejmuje dodanie przepisów określających proces nadania statusu OECR, warunki jakie musi spełniać OECR oraz jego główne zadania. Samo nadanie i odmowa nadania statusu OECR będzie następowało w drodze decyzji administracyjnej ministra właściwego do spraw zdrowia. Wprowadza się upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia zawierającego szczegółowe warunki dla OECR oraz wzory dokumentów związanych z procesem nadania statusu OECR, w tym certyfikat statusu OECR. Status OECR nadaje się na okres 5 lat, który można nadać na okres kolejnych 5 lat, jeżeli komórka organizacyjna posiadająca status OECR nadal spełnia określone przepisami prawa warunki, w przeciwnym razie status OECR wygasa. Komórka, której nadano status OECR, w celu właściwej identyfikacji stosuje oznaczenie graficzne OECR. Wzór oznaczenia graficznego i zasady jego stosowania zostaną określone w rozporządzeniu.

W projekcie ustawy określono również możliwość cofnięcia nadanego statusu OECR w sytuacji stwierdzenia zaprzestania spełniania warunków nadania statusu OECR. Minister właściwy do spraw zdrowia, na mocy przepisów odrębnych, sprawuje stały nadzór nad działalnością podmiotów leczniczych, ewentualne informacje o nieprawidłowościach w podmiotach leczniczych są mu przekazywane na bieżąco przez upoważnione instytucje.

Dane o stanie zdrowia przetwarzane w OECR będą podlegać wszystkim obowiązującym regulacjom dotyczącym ochrony danych osobowych oraz dokumentacji medycznej. Należy dodać, że dodatkowo ochrona danych o chorobach rzadkich jest przedmiotem innej regulacji – projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD238). W projekcie ww. ustawy zapewnia się ochronę danych osobowych oraz jednostkowych danych medycznych przez stosowanie środków technicznych i organizacyjnych odpowiednich do ryzyka, z uwzględnieniem aktualnego stanu wiedzy technicznej i specyfiki przetwarzania tych danych oraz określa się okres przechowywania danych.

Zmiany w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej dla osób umieszczonych w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie (zmiany w art. 1 pkt 3, 16, 26 lit. a, pkt 28 oraz art. 4 projektu ustawy)

Celem projektu jest również zapewnienie finansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ogólnodostępnych podmiotach leczniczych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym w Gostyninie, zwanym dalej

„Ośrodkiem”, które podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Wskazana zmiana zapewni spójność z obowiązującymi zasadami finansowania świadczeń dla osób ubezpieczonych przez NFZ.

Zmiany mają na celu jednoznaczne sprecyzowanie przepisów regulujących płatnika świadczeń w przypadku osób ubezpieczonych oraz nieposiadających uprawnień z tego tytułu. Zgodnie z art. 12 pkt 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego świadczenia przysługują bezpłatnie na podstawie art. 16 ust. 1 i art. 25 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób. Przepisy te ograniczają się jedynie do postępowania terapeutycznego, nie obejmują natomiast swoim zakresem leczenia w podmiotach ogólnodostępnych, które finansowo obciąża Ośrodek. Propozycja nowelizacji art. 12 pkt 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zapewni prawo do bezpłatnego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej osobom przebywającym w Ośrodku, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

W porównaniu z obecnymi przepisami świadczenia dla osób ubezpieczonych będą finansowane przez NFZ, dzięki temu zostanie zachowana spójność z innymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ osobom posiadającym ubezpieczenia zdrowotne.

W celu jasnego i czytelnego określenia zasad finansowania leczenia ze środków NFZ osób przebywających w Ośrodku, które podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu, odpowiednie zmiany wprowadzono w art. 97 ust. 3 pkt 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Projekt obejmuje również zmiany w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, w związku z wątpliwościami dotyczącymi finansowania świadczeń dla osób umieszczonych w Ośrodku, udzielanych w podmiocie dla osób pozbawionych wolności. W art. 26 ust. 2 ww. ustawy określono jednoznacznie, że koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych ww. osobom przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Sprawiedliwości.

Usprawnienie procesu wydawania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej (zmiany w art. 1 pkt 17 projektu ustawy)

W celu usprawnienia wydawania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej projekt ustawy przewiduje:

- 1) rozwiązanie umożliwiające wystawianie przedmiotowych decyzji również przez innych upoważnionych przez wójta (burmistrza, prezydenta) pracowników ośrodka pomocy społecznej lub pracowników centrum usług społecznych;
- 2) w przypadku wydawania tych decyzji dla osób bezdomnych, aby właściwość miejscowa gminy była ustalana według ostatniego miejsca zameldowania tej osoby na pobyt stały, a w przypadku, gdyby nie można było ustalić miejsca zameldowania, właściwa byłaby gmina miejsca pobytu; jest to rozwiązanie symetryczne do obowiązujących przepisów ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2026 r. poz. 639, z późn. zm.) w zakresie ustalania właściwości miejscowej w przypadku osoby bezdomnej.

Usprawnienie pracy NFZ (zmiany w art. 1 pkt 29 i 35 projektu)

1. Projekt ma także na celu stworzenie mechanizmów prawnych umożliwiających NFZ pozyskiwanie pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach, w szczególności pracowników z wykształceniem medycznym. Już obecnie lekarze zatrudnieni w NFZ przy realizacji zadań kontrolnych należą do grupy zaawansowanej wiekowo, niejednokrotnie są to osoby w wieku emerytalnym. Problem wynikający z ograniczeń możliwości pozyskania nowych kadr z wykształceniem medycznym jest realnym problemem, z którym NFZ boryka się na co dzień przy realizacji zadań. Problem ten będzie w kolejnych latach narastał, prowadząc w konsekwencji do niemożności prawidłowej realizacji zadań przez tę jednostkę. Istnienie szeregu ograniczeń, określonych w art. 112 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dotyczących pracowników NFZ, prowadzi do obniżenia konkurencyjności NFZ jako pracodawcy na rynku pracy. Jednocześnie charakter i daleko idący zakres tych ograniczeń jest wyjątkiem wśród podmiotów sektora finansów publicznych, gdyż tak surowe ograniczenia dotyczące wszystkich pracowników nie występują nawet w korpusie służby cywilnej. Ponadto obowiązywanie ograniczeń pracowniczych w tak szerokim zakresie nie jest niezbędne dla ochrony interesu publicznego, a co za tym idzie nie jest niezbędne dla prawidłowego działania NFZ, natomiast może budzić wątpliwości co do zgodności z dozwolonym konstytucyjnie zakresem ograniczeń praw i wolności obywatelskich, określonym w art. 31 ust. 3 Konstytucji. W związku z powyższym projekt przewiduje zmianę w art. 112 ust. 1 pkt 2–

4 oraz ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W stosunku do obowiązujących przepisów proponowane zmiany umożliwią pracownikom NFZ, w tym z wykształceniem medycznym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub działalności gospodarczej w zakresie niekolidującym z zadaniami realizowanymi w NFZ. Stworzenie możliwości pracy w NFZ i uzyskiwania jednocześnie dochodów na rynku pracy w ramach innej aktywności zawodowej przyczyni się do zwiększenia konkurencyjności NFZ jako pracodawcy. Dodatkowo usunięcie zakazu zatrudnienia w podmiocie tworzącym oraz w jednostkach samorządu terytorialnego, wyrażonego w art. 112 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy, pozwoli na pozyskanie wykwalifikowanych pracowników przez NFZ, w przypadku których zakres wykonywanych zadań u innego pracodawcy nie stoi w kolizji z zakresem zadań wykonywanych w NFZ.

Obecnie z mocy ustawy jest wykluczone łączenie zatrudnienia w NFZ i podmiotach tworzących (np. uczelniach medycznych, Ministerstwie Obrony Narodowej, Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji) oraz urzędach obsługujących jednostki samorządu terytorialnego (np. urzędach gmin, powiatów, marszałkowskich), nawet jeżeli zakres zadań pracownika dotyczy zupełnie innych obszarów niż zadania sektora ochrony zdrowia.

Ponadto, jak się wydaje, zakazy ujęte w art. 112 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy są nieadekwatne do ograniczeń koniecznych z uwagi na interes publiczny, a co za tym idzie wydają się zbyt głęboko ograniczać prawa obywatelskie.

W zakresie zabezpieczenia interesu publicznego oraz prawidłowości wykonywania zadań przez NFZ wystarczające wydaje się wydawanie zgody przez Prezesa NFZ na każde dodatkowe zatrudnienie pracownika NFZ. Proces wydawania zgody umożliwi bowiem zbadanie, czy dodatkowe zatrudnienie nie będzie kolidowało z prawidłowym wykonywaniem obowiązków przez pracownika, a w razie zaistnienia takiego ryzyka – wydanie odmowy na dodatkowe zatrudnienie. Proponuje się ponadto modyfikację art. 112 ust. 2 ustawy w zakresie wydawania zgody Prezesa NFZ na wykonywanie działalności gospodarczej przez ograniczenie konieczności uzyskania takiej zgody tylko do przypadków, gdy podejmowana działalność gospodarcza ma być powiązana z zadaniami wykonywanymi przez NFZ. Obecnie wymóg takiej zgody dotyczy każdego rodzaju działalności gospodarczej, nawet takiej, która w żaden sposób nie może naruszać bądź kolidować z zadaniami wykonywanymi przez pracownika w NFZ (np. wyrób rękodzieła).

Konieczność uzyskiwania zgody na każdy rodzaj działalności gospodarczej przez każdego pracownika NFZ wydaje się zbyt głęboko ingerować w życie prywatne pracowników oraz może być uznana za nadmiarową w stosunku do konieczności ochrony interesu publicznego.

2. Istnieje również potrzeba zapewnienia możliwości zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na czas nieoznaczony. W świetle obowiązujących przepisów umowy w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne mogą być zawierane na okres nie dłuższy niż 5 lat. Biorąc pod uwagę, że do zawierania umów w tym rodzaju nie stosuje się przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań, analogicznie jak przy umowach w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, które są zawierane na czas nieoznaczony, proponuje się zmianę przepisów w części dotyczącej okresu zawierania umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na czas nieoznaczony.

Korekta zasad obsługiwnia wniosków o zwrot nadpłaty powstałej wskutek rocznego rozliczenia składki zdrowotnej przez przedsiębiorcę

Zmiana w art. 81 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**art. 1 pkt 25 projektu**) ma na celu zracjonalizowanie kosztów obsługi rozliczeń rocznych składki na ubezpieczenie zdrowotne przez ZUS. Nadpłata z tytułu rocznego rozliczenia tejże składki w kwocie poniżej dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji powinna być rozliczana na koncie płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Zwrot nadpłaty w wyżej wymienionej kwocie na rachunek ubezpieczonego w drodze przelewu bankowego byłby obciążony nieproporcjonalnymi kosztami obsługi. Z tego powodu proponowana zmiana wymaga modyfikacji procedury zwrotu kwoty, która to procedura jest uregulowana w art. 81 ust. 2m, 2q i 2qa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Projekt przewiduje, że w sytuacji, gdy w rozliczeniu rocznym nadpłata przekracza dziesięciokrotność kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, ZUS będzie z urzędu zwracał kwotę nadpłaty pod warunkiem złożenia rozliczenia rocznego przez płatnika składek, bez wymaganego przepisami wniosku (art. 81 ust. 2m ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). W przypadku gdy płatnik składek złoży rozliczenie roczne po terminie lub w ZUS nie został zewidencjonowany numer rachunku płatniczego płatnika składek, albo rachunek płatniczy płatnika składek, na który ZUS przekazał zwrot nadpłaty, jest nieaktywny, kwota nadpłaty zostanie przekięgowana na konto płatnika składek, z którego na

ogólnych zasadach płatnik składek będzie uprawniony do uzyskania zwrotu środków po zewidencjonowaniu w ZUS aktualnego numeru rachunku bankowego (art. 81 ust. 2ma ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). W konsekwencji tej zmiany uchylono ust. 2n, 2o i 2p w art. 81 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W celu zaspokojenia należności, o których mowa w art. 81 ust. 2x ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przewiduje się rozwiązanie umożliwiające ZUS dochodzenie należności z tytułu nadpłaty na koncie płatnika składek z tytułu nienależnie opłaconych składek. Takie rozwiązanie wyeliminuje nadmiarowy nakład pracy ZUS oraz ograniczy narastanie odsetek za zwłokę do czasu przymusowego odzyskania należności. W tym zakresie dokonano zmian w ust. 2q, 2qa oraz 2x w art. 81 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz w art. 24 ust. 6a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Ponadto w art. 81 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dodano przepis ust. 2qb, w którym wskazano kolejność zaspokajania wierzytelności z dokonywanej z urzędu nadpłaty z tytułu rocznego rozliczenia składki zdrowotnej. W pierwszej kolejności na poczet zaległości z tytułu zwrotu nadpłaty będzie podlegała kwota, o której mowa w ust. 2i, wypłacona za poprzednie lata składkowe lub kalendarzowe, a w drugiej kolejności zaległość z tytułu składek pobieranych przez ZUS lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Dopiero po zaspokojeniu wierzytelności ZUS nadpłata będzie mogła podlegać przepisom egzekucyjnym, upadłościowym lub restrukturyzacyjnym.

Proponowane rozwiązanie jest szczególnie adekwatne i uzasadnione dla problemu konieczności przeprowadzania zwrotów w składce na ubezpieczenie zdrowotne w przypadkach, które wynikają z groszowych różnic powstałych w wyniku zaokrągleń stosowanych w obliczaniu należności składkowych.

Zmiany porządkujące i dostosowujące do obecnie obowiązujących przepisów

Projekt ustawy obejmuje doprecyzowanie treści przepisów prawa do ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770), na mocy której wprowadzono możliwość odbycia przez absolwentów kierunku lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego prowadzonego w języku innym niż polski, 6-miesięcznego szkolenia praktycznego odpowiadającego zakresowi części klinicznej programu stażu podyplomowego, skutkującego możliwością uzyskania decyzji Ministra Zdrowia uznającej staż podyplomowy za odbyty. W obecnym stanie prawnym mogą powstawać wątpliwości na tle interpretacyjnym – czy osoby korzystające z odpowiednika stażu

podyplomowego, którym jest wskazane wyżej szkolenie praktyczne, podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z tego tytułu. Aby uniknąć wątpliwości interpretacyjnych zmodyfikowano przepisy dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego absolwentów kształcących się w dziedzinie medycyny (**zmiana w art. 1 pkt 19 lit. a i pkt 22 projektu**). Katalog osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie art. 66 ust. 1 pkt 20a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej uzupełniono o absolwentów kierunku lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej szkolenie praktyczne, o którym mowa w art. 15p ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2026 r. poz. 37, z późn. zm.), oraz osoby odbywające kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. W tym zakresie dostosowano również przepis art. 73 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczący powstania i wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku wskazanych wyżej osób. W pozostałym zakresie obejmującym zgłoszenie i zasady opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne nie uległy zmianie. Stosownie do art. 67 ust. 4 ustawy osoby wymienione w art. 66 ust. 1 pkt 20a zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego uczelnie, natomiast obowiązek opłacania składki dotyczy wyłącznie osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 20a, które pobierają zasiłek dla bezrobotnych lub stypendium (*a contrario* art. 67 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

W wyniku tej zmiany doprecyzowano również art. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 1 projektu**). W związku z uzupełnieniem przepisu art. 66 ust. 1 pkt 20a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej absolwentów kierunku lekarskiego oraz lekarsko-dentystycznego, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej szkolenie praktyczne, odpowiednie zmiany zostały wprowadzone w art. 3 ust. 1 (dodano nowy pkt 3b) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz dostosowano w tym zakresie ust. 2 pkt 1 tego artykułu.

Proponuje się uchylene w art. 11 w ust. 1 pkt 4a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 2 projektu**), który stał się bezprzedmiotowy ze względu na to, że NFZ nie otrzymuje już dotacji z budżetu państwa na finansowanie leków dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży.

W art. 15 ust. 2 pkt 19 oraz w art. 97 ust. 3 pkt 15 ustawy znajdują się odesłania do art. 133 § 2b ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2026 r. poz. 490, z późn. zm.), który został uchylony przez art. 3 pkt 5 lit. b ustawy z dnia 7 lipca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy – Prawo o ustroju sądów

powszechnych, ustawy – Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1860) z dnia 28 września 2023 r. W związku z tym, że zniesiono obowiązek przedstawienia zaświadczenia stwierdzającego, że stan zdrowia osoby, która udzieliła pełnomocnictwa pocztowego do odbioru przesyłek pocztowych w placówce pocztowej w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2026 r. poz. 558), uniemożliwia lub w znacznym stopniu utrudnia osobiste odebranie pisma w placówce pocztowej, a zgodnie z obowiązującym prawem każda osoba upoważniona na podstawie pełnomocnictwa pocztowego, niezależnie od tego, kto jest adresatem pisma, może odebrać korespondencję sądową, bezprzedmiotowy stał się art. 15 ust. 2 pkt 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 4 lit. a projektu**) oraz w konsekwencji art. 97 ust. 3 pkt 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 26 lit. b projektu**).

Projekt ustawy zakłada również uchylenie art. 31da ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 5 projektu**). Wskazane upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia dotyczy określenia wykazu świadczeń gwarantowanych udzielanych za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą temu ministrowi właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia lub NFZ. Przedmiotowy przepis został wprowadzony ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493). Zmieniająca się wówczas sytuacja epidemiologiczna wymusiła wówczas wprowadzenie upoważnienia ustawowego dla określenia świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych wspomagających zwalczanie epidemii COVID-19. W związku z niewydaniem rozporządzenia na tej podstawie od dnia 1 stycznia 2022 r. zakłada się usunięcie upoważnienia ustawowego do jego wydania. W konsekwencji uchylono również ust. 2a w art. 15 ustawy (**zmiana w art. 1 pkt 4 lit. b projektu**) oraz dokonano zmiany w art. 7 i 11 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (**zmiana w art. 6 projektu**), w których ustawodawca odwołuje się do art. 31da ustawy o świadczeniach. Ponadto uchylenie w art. 15 ust. 2a spowodowało również zmiany wynikowe w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. e tiret trzecie, art. 132 ust. 2 i art. 138 ustawy, które odsyłają do tego przepisu (**zmiany w art. 1 pkt 30 lit. b, pkt 32 i 33 projektu**).

Kolejne zagadnienie rozwiązywane na podstawie projektowanej ustawy to kwestia odpisu dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją”. Ustalanie odpisu dla Agencji w oparciu m.in. o projekt planu taryfikacji Agencji na dany rok było zasadne

przed wejściem w życie ustawy z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200, z późn. zm.). Celem tego rozwiązania było zabezpieczenie środków finansowych na koszty pozyskiwania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń. Jednakże wspomniana nowelizacja ustawy uchyliła obowiązek Agencji w zakresie płatności na rzecz świadczeniodawców za przygotowanie i przekazanie danych, nakładając jednocześnie na podmioty lecznicze obowiązek nieodpłatnego udostępniania tych informacji na wniosek Prezesa Agencji. W związku z tym uwzględnianie projektu planu taryfikacji Agencji w określaniu wysokości odpisu dla Agencji stało się nieuzasadnione. Obecnie ponoszone koszty związane z realizacją planu taryfikacji mają przede wszystkim charakter kosztów stałych, głównie są to wynagrodzenia pracowników Agencji. Projekt planu taryfikacji jest konstruowany w taki sposób, aby jego realizacja nie wymagała znacznego zwiększenia poziomu zatrudnienia w Agencji. Dodatkowe, lecz nieznaczne koszty, obejmują wynagrodzenia członków Rady do spraw Taryfikacji oraz ewentualne honoraria ekspertów klinicznych.

Z uwagi na fakt, że ww. nowelizacja ustawy uchyliła obowiązek Agencji w zakresie płatności na rzecz świadczeniodawców za przygotowanie i przekazanie danych, nakładając jednocześnie na podmioty lecznicze obowiązek nieodpłatnego udostępniania tych informacji na wniosek Prezesa Agencji, nie jest zasadne również pozostawianie w katalogu kosztów Agencji kosztów pozyskiwania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń. W zakresie tej zmiany w art. 31t ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w ust. 4 uchylono pkt 4 oraz w ust. 5 pkt 3 (**zmiany w art. 1 pkt 7 projektu**).

W ramach zmian technicznych i dostosowujących przewidziano również nowelizację art. 31ha ust. 3 ustawy o świadczeniach. Zmieniony został sposób wyznaczania terminu przekazywania do ministra właściwego do spraw zdrowia rekomendacji wraz z raportem w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (**art. 1 pkt 6 projektu**). Zgodnie z projektem termin przekazywania wskazanych dokumentów będzie określany w zleceniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Proponowane rozwiązanie urealni proces przekazywania rekomendacji wraz z raportem Prezesa Agencji, mając na uwadze potrzebny czas do przygotowania rzeczonych dokumentów. W związku z tą zmianą sformułowano również przepis przejściowy, zgodnie z którym do przedmiotowych zleceń ministra właściwego do spraw zdrowia złożonych przed wejściem w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe (art. 10 projektu).

Kolejne zmiany objęły art. 42h oraz art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W związku ze zmianą sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju na podstawie art. 42d, art. 42i i art. 42j ustawy, uchylono art. 42h ustawy oraz w art. 118 w ust. 2 w pkt 1 lit. d (**zmiany w art. 1 pkt 11 i pkt 30 lit. a projektu**).

W obowiązującym brzmieniu przepis art. 42h zawiera tzw. regułę ostrożnościową, która reguluje kwestię zawieszenia wypłat kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów, w przypadku gdy koszty realizacji wymienionych świadczeń osiągnęły kwotę limitu stanowiącą sumę rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. d, oraz rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 5. Uwzględniając regulacje zawarte w art. 32 ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 499), które nie określają limitu kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej udzielane poza granicami kraju oraz wskazują na konieczność bieżącego refundowania ponoszonych przez NFZ ww. kosztów, dalsze utrzymywanie przepisu art. 42h ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest nieuzasadnione. Obecnie koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych za granicą przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej są finansowane w ramach subfunduszu terapeutyczno-innowacyjnego Funduszu Medycznego. W związku z powyższym sposób finansowania tych świadczeń nie odbywa się w ramach rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. d ustawy. W konsekwencji proponuje się uchylenie art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W art. 61i w ust. 1 w pkt 6 ustawy znajduje się odesłanie do art. 24 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.), który został uchylony przez art. 96 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. poz. 730) z dniem 4 maja 2019 r. W celu zapewnienia spójności z obowiązującymi przepisami w art. 61i ust. 1 pkt 6 zastosowano odesłanie do art. 24 ust. 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, które pozwoli na prowadzenie kontroli lub poszczególnych czynności w podmiocie, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych w związku z realizacją umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, o której mowa w art. 28 ust. 3 ww. rozporządzenia Parlamentu

Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (**zmiana w art. 1 pkt 18 projektu**).

W art. 66 ust. 1 w pkt 25 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zastosowano odesłania do obowiązujących przepisów oraz poprawiono spójność przepisu (**zmiana w art. 1 pkt 19 lit. b projektu**). W obowiązującym brzmieniu przepis odsyła do przepisów uchylonej ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 2003 r. poz. 514, z późn. zm.), regulujących prawo do zasiłku dla bezrobotnych, a zatem odsyła do nieadekwatnego zakresu spraw. W projekcie proponuje się odesłanie do konkretnych i adekwatnych przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz. U. z 2026 r. poz. 115), co oznacza, że będzie ono dotyczyć tych przesłanek prawa do świadczeń przedemerytalnych, które zawierają w sobie przesłanki o zasiłku dla bezrobotnych. Zgodnie z intencją tego przepisu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają wszystkie osoby, które:

- 1) nie należą do kręgu osób wymienionych w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych;
- 2) nie pobierały prawa do zasiłku dla bezrobotnych przez okres co najmniej 180 dni;
- 3) nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne;
- 4) nie złożyły wniosku o przyznanie świadczenia przedemerytalnego.

Obecne brzmienie przepisu art. 72 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej reguluje, że w przypadku zawieszenia prawa do renty socjalnej w razie osiągnięcia przychodu z tytułów wymienionych w art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 377), w tym również w razie osiągnięcia przychodów za granicą z tych tytułów, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 90 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ. W związku z tym, że renta socjalna podlega takim samym zasadom zawieszenia lub zmniejszenia w razie osiągnięcia przychodu z tytułu działalności podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia społecznego, co emerytury i renty z tytułu niezdolności do pracy, dostosowano ust. 2 do obowiązujących regulacji, tj. ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (**zmiana w art. 1 pkt 21 projektu**).

W art. 102 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej uchylono pkt 24b w związku z odesłaniem do art. 53 ust. 2a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 253, z późn. zm.), który został uchylony przez art. 1 pkt 54 lit. a ustawy z dnia

17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1938, z późn. zm.) z dniem 1 listopada 2023 r. (**zmiana w art. 1 pkt 27 lit. a projektu**).

Zmiany dokonano również w art. 102 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, nadając mu nowe brzmienie, które uwzględnia możliwość udzielania pełnomocnictw w formie elektronicznej oraz wykreślając wyraz „upoważnienia” z uwagi na nadanie nowego brzmienia ust. 7 zgodnie z ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, do którego odsyła ust. 8.

Nadano nowe brzmienie art. 123 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 31 projektu**) w związku z uchYLENIEM pkt 2 w art. 123 ust. 3.

W art. 44 i art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej poprawiono formę gramatyczną odpowiednio w ust. 2 i 5 (**zmiana w art. 1 pkt 14 i 37 projektu**).

Zmiana w art. 149 ust. 1 pkt 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (**zmiana w art. 1 pkt 34**) polega na zastąpieniu błędnie użytego w tym przepisie spójnika „lub” spójnikiem „i”. Ma ona na celu skorygowanie omawianego przepisu, który w obecnym brzmieniu, przy literalnej wykładni, jest niezgodny z zamierzeniem ustawodawcy. Celem tej regulacji było bowiem spowodowanie odrzucenia oferty świadczeniodawcy, który nie posiada ważnej opinii w sprawie oceny inwestycji i jednocześnie nie złożył oświadczenia przewidzianego w art. 139a ust. 2.

Zmiana w art. 159a ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej polega na doprecyzowaniu tego przepisu w taki sposób, aby nie zachodziły wątpliwości, że rezygnacja przez świadczeniodawcę z realizacji danego profilu systemu zabezpieczenia, na podstawie ust. 4 tego artykułu, nie skutkuje zmianą poziomu kwalifikacji do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast korekta wykazu szpitali zakwalifikowanych do tego systemu ogranicza się w takim przypadku do wykreślenia tego profilu systemu zabezpieczenia.

Ponadto w projekcie ustawy przewidziano poniższe rozwiązania:

1. Rozszerzono listę podmiotów, którym mogą być udostępniane dane zgromadzone na koncie ubezpieczonego, o których mowa w art. 40 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, i dane zgromadzone na koncie płatnika składek, o których mowa w art. 45 tej ustawy, o ministra właściwego do spraw zdrowia. Zmiana ta

umożliwi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia pozyskanie od ZUS informacji potrzebnych w przypadku konieczności dokonania analizy sytuacji osób ubezpieczonych, w szczególności dotyczących płatników składek. Aktualnie przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie wymieniają ministra właściwego do spraw zdrowia jako podmiotu, który może o takie dane występować. Przedmiotem zmiany jest dopisanie ministra właściwego do spraw zdrowia do art. 50 ust. 3 oraz w dodawanym ust. 18a tej ustawy. Na tej podstawie minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł otrzymywać drogą elektroniczną dane o kontaktach ubezpieczonych i kontaktach płatników, np. o zaległościach w opłacaniu składki zdrowotnej. Proponowane rozwiązanie zapewni ZUS podstawę prawną do przekazywania danych zindywidualizowanych, a wówczas nie będzie wątpliwości, że minister właściwy do spraw zdrowia może występować też o dane zbiorcze.

Celem rozwiązań zaproponowanych w przepisie art. 50 ust. 18a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (**art. 2 pkt 2 lit. b projektu ustawy**) jest umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia pozyskania od ZUS informacji potrzebnych w przypadku konieczności dokonania analizy sytuacji osób ubezpieczonych, w szczególności dotyczących tych ubezpieczonych, którzy są jednocześnie własnymi płatnikami składek (np. osoby prowadzące działalność pozarolniczą). Pozyskiwanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia informacji pozwalających identyfikować płatnika jest uzasadnione przez potrzebę dokonywania spójnych i wewnętrznie zweryfikowanych analiz związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi. Należy bowiem mieć na względzie, że określony rodzaj tytułu ubezpieczenia zdrowotnego (zob. art. 66 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) determinuje wysokość podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz płatnika tejże składki. Pozyskiwanie danych, o których mowa w proponowanym art. 50 ust. 18a pkt 7 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (obejmujących NIP płatnika, a w razie jego braku PESEL), pozwoli na zweryfikowanie, czy w przypadku danej osoby ubezpieczonej prawidłowo określono jej tytuł ubezpieczeniowy oraz stosowano prawidłową podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Ponadto realizacji celu określonego w projektowanym art. 50 ust. 18a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych wymaga umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia operowania danymi, które pozwolą na analizowanie realizacji całego mechanizmu normatywnego, obejmującego osobę ubezpieczoną i płatnika. Pewne strukturalne problemy mogą bowiem wynikać z zachowania nie osoby ubezpieczonej, ale płatnika składki (np. terminowość opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, powstanie zaległości lub nadpłat, sposób wyliczenia wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne). Z tego powodu jest uzasadnione umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dysponowania danymi umożliwiającymi identyfikację płatnika składki na ubezpieczenie zdrowotne (w korelacji z daną osobą ubezpieczoną). Z uwagi na to, że szereg tytułów w ubezpieczeniu zdrowotnym jest powiązanych z ubezpieczeniem społecznym (zob. art. 66 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej), to wewnętrzna weryfikacja planowanych analiz (pod kątem ich spójności) uzasadnia udostępnianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacji o ubezpieczeniu społecznym (w tym o płatniku składek na ubezpieczenie społeczne).

Kwestie związane z płynnością budżetową oraz ochroną zdrowia należą do silnie chronionych wartości publicznych, co uzasadnia ingerencję w swobodę jednostek w opisywanym zakresie. Spełniona jest zatem przesłanka istnienia interesu publicznego. W systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego muszą być znane faktyczne przeszkody w efektywności poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne, które mogą leżeć po stronie ubezpieczonego, ale także płatnika składki.

Należy także zauważyć, że proponowany art. 50 ust. 18a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych jest skonstruowany analogicznie do obowiązującego art. 50 ust. 18 tej ustawy. Stanowi on bowiem odpowiedź legislacyjną na lukę prawną zidentyfikowaną w zakresie kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia, odpowiadającego za obszar ubezpieczenia zdrowotnego, analogicznie jak w przypadku ministra właściwego do spraw rodziny lub zabezpieczenia społecznego w zakresie ubezpieczeń społecznych i pomocy społecznej.

2. Zmiana zawarta w **art. 5 projektu** obejmuje zmianę art. 10 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej. Zgodnie z art. 10 ust. 3 pkt 6 tej ustawy standardy jakości obejmują prowadzenie przez laboratorium stałej wewnętrznej kontroli jakości badań laboratoryjnych, zgodnie z opartą na dowodach naukowych wiedzą, z

wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi kontrolnych dla wszystkich rodzajów badań wykonywanych w laboratorium. Nie określono jednak obowiązku dla medycznego laboratorium diagnostycznego do stałego udziału w programie zewnętrznej oceny wyników badań laboratoryjnych. Obecnie w medycynie laboratoryjnej standardem jest udział laboratoriów w programach zewnętrznej kontroli jakości wykonywanych badań. Z tego względu jest bezwzględnie konieczne zapewnienie na poziomie ustawowym regulacji nakładającej na medyczne laboratoria diagnostyczne obowiązek uczestnictwa w programach zewnętrznej kontroli jakości badań. Wprowadzenie takiego obowiązku wynika nie tylko z potrzeby zapewnienia prawidłowej realizacji przepisów ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej, lecz przede wszystkim z konieczności zagwarantowania bezpieczeństwa pacjentów.

W art. 10 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej dodano również ust. 2a i 2b, które sankcjonują obowiązek uczestniczenia laboratorium w programie zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych.

Obowiązek z ww. ust. 2a dotyczy udziału laboratorium w programie zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości, organizowanym przez jednostki podległe ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, które w ramach swoich zadań statutowych prowadzą kontrolę badań laboratoryjnych.

W przypadku gdy zakres badań laboratoryjnych nie jest objęty wymienionym wyżej programem, to laboratorium ma obowiązek stałego udziału w programie zewnętrznej oceny jakości międzylaboratoryjnej albo międzynarodowym programie zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych, jeżeli programy te są rekomendowane przez towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w dziedzinie medycyny, która odpowiada zakresowi badań laboratoryjnych mających podlegać ocenie (ww. ust. 2b).

Przepis art. 7 projektu przewiduje regulację przejściową, która pozwoli na zachowanie przez okres 5 lat statusu OECR przez komórki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotów leczniczych, którym Minister Zdrowia przyznał status OECR w marcu 2023 r. w tzw. trybie uznania kompetencji.

W art. 8 projektu zawarto regulację przejściową, zgodnie z którą postępowania w sprawie refundacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA wszczęte i nie zakończone w dniu wejścia w

życie tego przepisu powinny zostać zakończone na podstawie dotychczasowych regulacji, wydanych przez Prezesa NFZ.

W związku z tym, że wprowadzenie obowiązku udziału w programach zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych wprost do przepisów ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej będzie stanowić potwierdzenie tego wymogu, nie przewiduje się regulacji przejściowych w tym zakresie. Zewnętrzna ocena jakości w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań jest realizowana przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi oraz Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej (Polmicro) już od około 27 lat i nie ma potrzeby ww. regulacji przejściowych.

Proponuje się, aby ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 9 lit. e oraz g i pkt 13, art. 2 oraz art. 8, które wejdą w życie po upływie 12 miesięcy od dnia ogłoszenia;
- 2) art. 1 pkt 25 oraz art. 3, które wejdą w życie po upływie 9 miesięcy od dnia ogłoszenia.

Wydłużone do roku vacatio legis przyjęto:

- 1) dla dodanego w ustawie o świadczeniach nowego art. 42ia – określającego procedurę refundacji kosztów świadczeń uzyskanych w innych państwach UE lub EFTA, lub w UK oraz dla przepisu zmieniającego art. 42d ust. 5 pkt 3 tej ustawy – odstąpienie od obowiązku załączania do wniosku o zwrot kosztów papierowej recepty, zlecenia lub skierowania; okres przejściowy jest konieczny z uwagi na potrzebę dostosowania kompetencji jednostki rozpatrującej wnioski, tj. NFZ i struktury organizacyjnej NFZ do nowego trybu procedowania oraz ze względu na konieczność opracowania narzędzi informatycznych umożliwiających uzyskiwanie przez pracowników NFZ informacji o wystawionych w formie elektronicznej receptach, w tym receptach transgranicznych oraz e-skierowaniach;
- 2) w odniesieniu do przepisów przejściowych dotyczących postępowań w sprawie refundacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej oraz wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym; wydłużenie okresu przejściowego wynika z terminu wejścia w życie zmian określonych w ww. pkt 1;

- 3) w zakresie zmian w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych, w tym w zakresie dotyczącym udostępniania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zbioru danych ubezpieczonych, w celu modyfikacji systemu informatycznego ZUS.

Ponadto przyjęto, że przepisy upraszczające po stronie ZUS procedurę rocznego rozliczenia składki zdrowotnej będą obowiązywać po upływie 9 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy w celu dostosowania systemu teleinformatycznego ZUS do tych zmian.

Zakres projektu ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej. Projekt ma charakter krajowy z mniejszościowym komponentem unijnym – w części uzupełnia i precyzuje wdrożenie już dokonane (w odniesieniu do rozporządzenia unijnego) i uwzględnia tezy dwóch wyroków prejudycjalnych TSUE w sprawach dotyczących innych państw.

Projekt ustawy nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowane zmiany będą miały wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców w zakresie w jakim takie podmioty będą prowadziły medyczne laboratoria diagnostyczne.

Projekt nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców, o których należy powiadomić za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym IMI, w zakresie określonym w art. 3 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1024/2012 z dnia 25 października 2012 r. w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym i uchylającego decyzję Komisji 2008/49/WE („rozporządzenie w sprawie IMI”) (Dz. Urz. UE L 316 z 14.11.2012, str. 1). Ponadto nie jest zasadne przygotowanie oceny funkcjonowania tego aktu normatywnego w omawianym zakresie oraz mierników określających stopień realizacji jego celów.

W związku z tym, że wprowadzenie obowiązku udziału w programach zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych wprost do przepisów ustawy będzie stanowić potwierdzenie tego wymogu określonego w ustawie o medycynie laboratoryjnej, odstąpiono od wyznaczenia terminu wejścia w życie tych przepisów na dzień przypadający nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia stosownie do art. 68b ust. 2 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2025 r. poz. 1480, z późn. zm.). Ze względu na to, że wykonywanie przez laboratoria zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych jest już obecnie realizowane, zrezygnowano z wyznaczania 6-miesięcznego *vacatio legis*.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych 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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt ustawy nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych. W odniesieniu do nadania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uprawnienia do pozyskiwania i przetwarzania danych osób zgłoszonych do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego, a także członków ich rodzin, którzy zostali zgłoszeni do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego, celem regulacji jest:

- 1) perspektywa prowadzenia analizy i prognoz modeli finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie uzyskanych danych osób ubezpieczonych, z uwzględnieniem członków rodzin, za których składka zdrowotna nie jest opłacana, co przyczyni się do pełniejszej realizacji zadań przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia;
- 2) możliwość zweryfikowania, czy w przypadku danej osoby ubezpieczonej prawidłowo określono jej tytuł ubezpieczeniowy oraz stosowano prawidłową podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, co umożliwi kontrolę przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Środkiem do powyższych celów jest możliwość pozyskiwania danych w projektowanym zakresie, tak aby można było przyporządkować konkretne dane określonym osobom. Podkreślić należy, że dane dotyczące nr PESEL nie należą do szczególnych kategorii danych osobowych w rozumieniu art. 9 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). Bez identyfikacji danych nie byłoby możliwości przypisywania danych konkretnym osobom – w konsekwencji wyniki analiz i prognoz nie będą wiarygodne. Do prowadzenia rzetelnych analiz i prognoz w zakresie kosztów, jakie są

generowane dla publicznego systemu opieki zdrowotnej, jest konieczna identyfikacja osób, które są ubezpieczone, w tym osób, które są ubezpieczone, ale nie ponoszą z tego tytułu kosztów (członkowie rodzin osób ubezpieczonych). Kwestie związane z płynnością budżetową oraz ochroną zdrowia należą do silnie chronionych wartości publicznych, co uzasadnia ingerencję w swobodę jednostek w opisywanym zakresie. Spełniona jest zatem przesłanka istnienia interesu publicznego. W systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego muszą być znane faktyczne przeszkody w efektywności poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne, które mogą leżeć po stronie ubezpieczonego, ale także płatnika składki.

Planowane operacje przetwarzania, w szczególności udostępnianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zbioru danych ubezpieczonych, nie implikuje wysokiego ryzyka naruszenia praw lub wolności osób fizycznych. Należy podkreślić, że minister właściwy do spraw zdrowia już obecnie, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, ma podstawę prawną do przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektu ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Tomasz Maciejewski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Michał Misiura, zastępca dyrektora w Departamencie Lecznictwa, e-mail: m.misiura@mz.gov.pl; Katarzyna Szelągowska, radca w Departamencie Lecznictwa, e-mail: k.szelagowska@mz.gov.pl; Rafał Bułanowski, radca w Departamencie Lecznictwa, e-mail: r.bulanowski@mz.gov.pl	Data sporządzenia 07.09.2026 r. Źródło: Inicjatywa własna Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD428
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

I. Celem projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zwanym dalej „projektem”, jest uszczelnienie systemu ubezpieczenia zdrowotnego w stosunku do osób w sytuacjach transgranicznych związanych ze stosowaniem unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wobec braku zgodności przepisów w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej z wymogami prawa unijnego oraz występowania tzw. luk prawnych w zakresie uregulowań dotyczących pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne z emerytur i rent transferowanych na rachunki bankowe z innych państw członkowskich Unii Europejskiej (UE) lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (UK).

Zachodzi potrzeba uszczelnienia regulacji dotyczących pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne z emerytur i rent z innych państw UE, EFTA i UK oraz stworzenia przepisów zobowiązujących osoby pobierające emerytury lub renty, które znajdują lub znajdowały się w sytuacjach transgranicznych związanych ze stosowaniem unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, do informowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zwanego dalej „ZUS”, lub innych właściwych organów emerytalnych o okolicznościach decydujących o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania „polskiej” emerytury lub renty, jak również stworzenia podstawy prawnej do potrącania zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne od osób, które podlegały obowiązkowi tego ubezpieczenia w danym okresie, lecz nie były do niego zgłoszone ze względu na brak odpowiedniej wiedzy po stronie właściwego organu emerytalnego.

Projekt przewiduje również:

- 1) wprowadzenie zmian w przepisach regulujących zasady ubiegania się o zgodę Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, na uzyskanie planowych świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach obowiązujących w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub zasady uzyskiwania zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej w celu dostosowania polskiego prawa do wymogów prawa unijnego, które są niezbędne w świetle tez orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w sprawach C-777/18¹⁾ oraz C-538/19²⁾;
- 2) zmianę terminu „rachunek bankowy” na termin „rachunek płatniczy” z uwagi na to, że podmiotami uprawnionymi do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej mogą być również potencjalni członkowie spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, do której zaliczają się osoby fizyczne;
- 3) wprowadzenie przepisów regulujących procedurę refundacji niezbędnych świadczeń zdrowotnych udzielonych w innym państwie UE, EFTA lub UK, zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w przypadku wystąpienia o zwrot takich kosztów do NFZ (obecnie taka procedura jest regulowana wyłącznie na poziomie zarządzenia Prezesa NFZ); w odniesieniu do wniosków obejmujących refundację leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wprowadzono wymóg dołączania do wniosku kopii recepty, zlecenia lub dokumentacji medycznej;
- 4) wprowadzenie regulacji umożliwiającej zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, który uzyskał prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami innego państwa UE lub EFTA, lub UK w okresie, w którym zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji powinien być objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w

¹⁾ Wyrok TSUE z dnia 23 września 2020 r. w sprawie C-777/18.

²⁾ Wyrok TSUE z dnia 6 października 2021 r. w sprawie C-538/19.

Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie został zgłoszony do tego ubezpieczenia przez osobę obowiązaną do takiego zgłoszenia;

- 5) wprowadzenie drobnych dostosowań i doprecyzowań w przepisach regulujących zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej.

II. Zmiany objęte projektem przewidują również możliwość występowania ministra właściwego do spraw zdrowia do ZUS o informacje potrzebne w przypadku konieczności dokonania analizy sytuacji osób ubezpieczonych, w szczególności dotyczące płatników składek. Aktualnie przepisy ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 199, z późn. zm.) nie wymieniają ministra właściwego do spraw zdrowia jako podmiotu, któremu udostępnia się takie dane. Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym dane udostępnia się elektronicznie ministrowi właściwemu do spraw rodziny lub ministrowi właściwemu do spraw zabezpieczenia społecznego w celu m.in. weryfikacji świadczeń z pomocy społecznej. Istnieje zatem potrzeba uregulowania możliwości udostępniania danych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w przypadku, gdy o takie dane wystąpi.

III. Celem projektu jest również zapewnienie finansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ogólnodostępnych podmiotach leczniczych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie, zwanym dalej „Ośrodkiem”, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Wskazana zmiana zapewni spójność z obowiązującymi zasadami finansowania świadczeń dla osób ubezpieczonych przez NFZ.

IV. Projekt obejmuje ponadto doprecyzowanie treści przepisów prawa do ustawy z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770), na mocy której wprowadzono możliwość odbycia przez absolwentów kierunku lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego prowadzonego w języku innym niż polski, 6-miesięcznego szkolenia praktycznego odpowiadającego zakresowi części klinicznej programu stażu podyplomowego, skutkującego możliwością uzyskania decyzji Ministra Zdrowia uznającej staż podyplomowy za odbyty. W obecnym stanie prawnym mogą powstawać wątpliwości na tle interpretacyjnym – czy osoby korzystające z odpowiednika stażu podyplomowego, którym jest wskazane wyżej szkolenie praktyczne, podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z tego tytułu. Aby uniknąć wątpliwości interpretacyjnych przepisy dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego absolwentów kształcących się na kierunku lekarskim albo lekarsko-dentystycznym zostaną zmodyfikowane.

V. Projekt ma także na celu stworzenie mechanizmów prawnych umożliwiających NFZ pozyskiwanie pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach, w szczególności pracowników z wykształceniem medycznym. Już obecnie lekarze zatrudnieni w NFZ przy realizacji zadań kontrolnych należą do grupy zaawansowanej wiekowo, niejednokrotnie są to osoby w wieku emerytalnym. Problem wynikający z ograniczeń możliwości pozyskania nowych kadr z wykształceniem medycznym jest realnym problemem, z którym NFZ boryka się na co dzień przy realizacji zadań. Problem ten będzie w kolejnych latach narastał, prowadząc w konsekwencji do niemożności prawidłowej realizacji zadań przez tę jednostkę.

VI. Istnieje również potrzeba zapewnienia możliwości zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na czas nieoznaczony. W świetle obowiązujących przepisów umowy w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne mogą być zawierane na okres nie dłuższy niż 5 lat. Biorąc pod uwagę, że do zawierania umów w tym rodzaju nie stosuje się przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań, analogicznie jak przy umowach w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, które są zawierane na czas nieoznaczony, proponuje się zmianę przepisów w części dotyczącej okresu zawierania umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na czas nieoznaczony.

VII. Celem projektu jest ponadto optymalizacja procesu obsługi rocznego rozliczenia składki zdrowotnej, która umożliwi ZUS rozliczanie na poczet bieżących składek niskich kwot nadpłaty powstających wskutek rocznego rozliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne przez przedsiębiorcę. Pozwoli to na wyeliminowanie nieracjonalnych kosztów po stronie ZUS, które przewyższają kwotę zwrotu.

VIII. Projekt obejmuje ponadto przepisy dotyczące powoływania Ośrodków Ekspertkich Chorób Rzadkich, zwanych dalej również „OECR”. Zasadniczym zadaniem OECR jest zapewnienie pacjentom z określoną chorobą rzadką lub grupą chorób rzadkich dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz wysokospecjalistycznej, koordynowanej opieki medycznej. Zgodnie z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE. L 88 z 04.04.2021, str. 45, z późn. zm.) European Union Committee of Experts on Rare Diseases (EUCERD) opracował jednolite zalecenia i rekomendacje dotyczące powoływania OECR w państwach członkowskich. Zgodnie z zaleceniami EUCERD, OECR powinny być nominowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W Rzeczypospolitej Polskiej dotychczas powołano OECR w tzw. trybie uznania kompetencji – tj. w dniu 27 marca 2023 r. Minister Zdrowia wystosował list nominacyjny do wszystkich ośrodków będących w Europejskich Sieciach Referencyjnych dla Chorób Rzadkich i oficjalnie uznał je jako OECR. Mając na uwadze istnienie wielu innych ośrodków, które od lat prowadzą diagnostykę oraz zapewniają leczenie i opiekę świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, które posiadają bogaty dorobek naukowy oraz prowadzą ugruntowaną

współpracę z placówkami zagranicznymi, konieczne jest wprowadzenie regulacji prawnych, które umożliwią ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nadawanie statusu OECR.

IX. Kolejnym rozwiązywanym problemem na gruncie tej nowelizacji jest kwestia odpisu dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją”. Ustalanie odpisu dla Agencji w oparciu m.in. o projekt planu taryfikacji Agencji na dany rok było zasadne przed wejściem w życie ustawy z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200, z późn. zm.). Celem tego rozwiązania było zabezpieczenie środków finansowych na koszty pozyskiwania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń. Jednakże wspomniana nowelizacja ustawy uchyliła obowiązek Agencji w zakresie płatności na rzecz świadczeniodawców za przygotowanie i przekazanie danych, nakładając jednocześnie na podmioty lecznicze obowiązek nieodpłatnego udostępniania tych informacji na wniosek Prezesa Agencji. W związku z tym uwzględnianie projektu planu taryfikacji Agencji w określaniu wysokości odpisu dla Agencji stało się nieuzasadnione. Obecnie ponoszone koszty związane z realizacją planu taryfikacji mają przede wszystkim charakter kosztów stałych, głównie są to wynagrodzenia pracowników Agencji. Projekt planu taryfikacji jest konstruowany w taki sposób, aby jego realizacja nie wymagała znacznego zwiększenia poziomu zatrudnienia w Agencji. Dodatkowe, lecz nieznaczne koszty, obejmują wynagrodzenia członków Rady do spraw Taryfikacji oraz ewentualne honoraria ekspertów klinicznych.

Z uwagi na fakt, że ww. nowelizacja ustawy uchyliła obowiązek Agencji w zakresie płatności na rzecz świadczeniodawców za przygotowanie i przekazanie danych, nakładając jednocześnie na podmioty lecznicze obowiązek nieodpłatnego udostępniania tych informacji na wniosek Prezesa Agencji, nie jest zasadne również pozostawianie w katalogu Agencji kosztów pozyskiwania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń. W zakresie rozwiązań usprawniających działania Agencji w projekcie przewidziano zmianę o charakterze technicznym i dostosowującym w zakresie przekazywania rekomendacji przez Agencję.

X. W art. 31da ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, jest zawarte upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie określenia wykazu świadczeń gwarantowanych udzielanych za pośrednictwem systemu teleinformatycznego udostępnionego przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia lub NFZ. Przedmiotowy przepis został wprowadzony ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493). W związku z niepewną i zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną określono upoważnienie ustawowe w celu określenia świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych wspomagających zwalczanie epidemii COVID-19. W związku z tym, że nie wystąpiły okoliczności, które by uzasadniały skorzystanie z przedmiotowego mechanizmu od dnia 1 stycznia 2022 r., należy uchylić upoważnienie ustawowe do jego wydania. Ponadto aktualnie nie występują żadne nadzwyczajne okoliczności, które uzasadniałyby tworzenie centralnej platformy, za pośrednictwem której mogłyby być udzielane świadczenia gwarantowane. Konsekwencją tej zmiany jest uchylenie art. 15 ust. 2a ustawy o świadczeniach. Wobec braku szczególnych okoliczności uzasadniających konieczność wydania na podstawie art. 31da ust. 1 ustawy o świadczeniach rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczącego utworzenia centralnej platformy, za pośrednictwem której miałyby być udzielane świadczenia gwarantowane, nie jest zasadne dalsze utrzymywanie tego przepisu.

XI. W celu usprawnienia wydawania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej projekt przewiduje:

- 1) rozwiązanie umożliwiające wystawianie przedmiotowych decyzji również przez innych upoważnionych przez wójta (burmistrza, prezydenta) pracowników ośrodka pomocy społecznej lub centrum usług społecznych;
- 2) w przypadku wydawania tych decyzji dla osób bezdomnych, aby właściwość miejscowa gminy była ustalana według ostatniego miejsca zameldowania tej osoby na pobyt stały, a w przypadku, gdyby nie można było ustalić miejsca zameldowania, właściwa byłaby gmina miejsca pobytu.

XII. Zgodnie z art. 10 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 1295), zwanej dalej „ustawą o medycynie laboratoryjnej”, standardy jakości obejmują prowadzenie przez laboratorium stałej wewnętrznej kontroli jakości badań laboratoryjnych, zgodnie z opartą na dowodach naukowych wiedzą, z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi kontrolnych dla wszystkich rodzajów badań wykonywanych w laboratorium. Nie określono jednak obowiązku dla laboratorium do stałego udziału w programie zewnętrznej oceny wyników badań laboratoryjnych w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań laboratoryjnych.

Obecnie w medycynie laboratoryjnej standardem jest udział laboratoriów w programach zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości wykonywanych badań. Z tego względu bezwzględnie konieczne jest zapewnienie na poziomie ustawy o medycynie laboratoryjnej regulacji nakładającej na medyczne laboratoria diagnostyczne obowiązku uczestnictwa w programach zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości badań. Wprowadzenie takiego obowiązku wynika nie tylko z potrzeby zapewnienia prawidłowej realizacji przepisów ustawy o medycynie laboratoryjnej, lecz przede wszystkim z konieczności zagwarantowania bezpieczeństwa pacjentów.

XIII. W projekcie uwzględniono zmiany przepisów o charakterze porządkującym, dostosowującym do obowiązujących przepisów.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

I. Istotą planowanych zmian jest:

- 1) umożliwienie załączenia do wniosku o wydanie zgody Prezesa NFZ na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim, na zasadach obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji, odpowiedniej opinii lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, która zastąpi wypełnienie odpowiedniej części wniosku przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) dodanie przepisów regulujących procedurę refundacji kosztów niezbędnych świadczeń zdrowotnych udzielonych w innym państwie UE, EFTA lub UK, zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w przypadku wystąpienia o zwrot takich kosztów do NFZ, w szczególności w odniesieniu do wniosków obejmujących refundację leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wprowadzono wymóg dołączania do wniosku kopii recepty, zlecenia lub dokumentacji medycznej, z których wynika, że dany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny został zaordynowany przez osobę uprawnioną w państwie pobytu w związku z udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o refundację, a więc takiego świadczenia, które podlega refundacji zgodnie z przepisami o koordynacji;
- 3) skorygowanie art. 42b ust. 10 pkt 2 ustawy o świadczeniach przez zastąpienie recepty transgranicznej receptą uprawniającą do refundacji;
- 4) wprowadzenie w art. 42d ustawy o świadczeniach regulacji, zgodnie z którą nie można odmówić zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej w sytuacji, gdy wnioskodawca nie złożył wniosku do Prezesa NFZ przed udaniem się na leczenie do innego państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub UE, jeżeli było to uzasadnione jego stanem zdrowia, tj. wynikało to z konieczności bezzwłocznego poddania się leczeniu;
- 5) wprowadzenie innych przepisów dostosowujących w art. 42d ustawy o świadczeniach (uwzględnienie możliwości przelania kwoty zwrotu kosztów na rachunek nienależący do osoby fizycznej – zamieniono termin „rachunek bankowy” na termin „rachunek płatniczy”, co ułatwi uzyskiwanie zwrotu kosztów osobom posiadającym rachunki prowadzone przez spółdzielcze kasy oszczędnościowe; zniesienie wymogu dostarczania papierowej kopii dokumentu w odniesieniu do e-recepty, e-skierowania oraz zleceń na wyroby medyczne w formie elektronicznej; doprecyzowanie, że 7-dniowy termin na dokonanie zwrotu kosztów biegnie od dnia powzięcia przez NFZ wiadomości, że decyzja o jego przyznaniu została doręczona); jednocześnie w projektowanych przepisach art. 42ia ust. 3–5 ustawy zawarto dodatkowe regulacje niezbędne w związku z pewnymi odrębnościami postępowania w sprawie refundacji w stosunku do postępowania w sprawie zwrotu kosztów, wynikającymi z przepisów o koordynacji. W szczególności w odniesieniu do wniosków obejmujących refundację leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wprowadzono wymóg dołączania do wniosku kopii recepty, zlecenia lub dokumentacji medycznej, z których wynika, że dany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny został zaordynowany przez osobę uprawnioną w państwie pobytu w związku z udzieleniem świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o refundację, a więc takiego świadczenia, które podlega refundacji zgodnie z przepisami o koordynacji. W art. 42ia ust. 7 ustawy wprowadzono upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, wzoru wniosku o zwrot kosztów oraz wzoru wniosku o refundację. Ze względu na podobieństwo obu postępowań, w szczególności daleko idącą zbieżność pod względem zakresu informacji i dokumentów wymaganych od wnioskodawców, jest uzasadnione zastosowanie jednego wzoru formularza. Jednocześnie zostanie uchylone upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia tylko wzoru wniosku o zwrot kosztów;
- 6) dodanie w art. 67 ustawy o świadczeniach regulacji umożliwiającej NFZ zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego, z urzędu, członka rodziny, który uzyskał prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami innego państwa UE lub EFTA, lub UK w okresie, w którym zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji powinien być objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w Polsce, jeżeli nie został zgłoszony do tego ubezpieczenia przez osobę obowiązana do takiego zgłoszenia;
- 7) nadanie nowego brzmienia art. 75 ust. 1b ustawy o świadczeniach, co upoważni NFZ do informowania banku o podleganiu polskiemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania emerytury lub renty osoby, której wypłaca on takie świadczenie z państwa członkowskiego UE, EFTA lub UK, nie tylko w odpowiedzi na zapytanie skierowane przez bank na podstawie art. 75 ust. 1a ustawy o świadczeniach, lecz również w przypadku, gdy na takie zapytanie udzielił uprzednio negatywnej odpowiedzi, jednak po upływie określonego czasu dana osoba zaczęła pobierać również polskie świadczenie emerytalno-rentowe;
- 8) dodanie przepisów zobowiązujących osoby, które po nabyciu prawa do emerytury lub renty zostały wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na podjęcie działalności zarobkowej na terytorium innego państwa członkowskiego UE, EFTA lub UK albo nie zostały z tego powodu zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego, do poinformowania właściwego organu emerytalnego o zakończeniu takiej działalności, w terminie 14 dni od jej zakończenia, co pozwoli organom emerytalnym na ustalenie, że osoby obowiązane do jej przekazywania podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty i co za tym idzie zgłoszenie tych osób do ubezpieczenia zdrowotnego;

- 9) dodanie przepisu upoważniającego ZUS do potrącania z emerytury lub renty nieopłaconych należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, w przypadku gdy zaległość w opłacaniu tych składek powstała w wyniku niedopełnienia przez osobę pobierającą emeryturę lub rentę obowiązku określonego w dodawanym przepisie art. 75 ust. 1c ustawy o świadczeniach;
- 10) wprowadzenie w art. 77 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach zmiany mającej na celu jednoznaczne wskazanie oddziału wojewódzkiego NFZ, do którego należy kierować zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego i wyeliminowanie możliwości wyboru takiego oddziału przez osobę podlegającą zgłoszeniu do ubezpieczenia.

II. W obszarze dotyczącym składki zdrowotnej oraz ubezpieczenia zdrowotnego przewiduje się uwzględnienie przepisu dającego podstawę do występowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia o informacje potrzebne do analizy sytuacji osób ubezpieczonych w ramach realizowanych zadań z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. W art. 50 w ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przewiduje się dodanie nowego uprawnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia do otrzymywania danych o kontaktach ubezpieczonych i kontaktach płatników, m.in. o zaległościach w opłacaniu składki zdrowotnej, określaniu skutków finansowych zmian wprowadzanych w przepisach regulujących opłacanie składki zdrowotnej i ich wpływu na budżet publicznego płatnika, a także o występowaniu zaległości i nadpłat w składkach zdrowotnych opłacanych przez osoby prowadzące działalność pozarolniczą. Proponowane rozwiązanie dałoby ZUS podstawę prawną do przekazywania danych zindywidualizowanych, a wówczas nie byłoby też wątpliwości, że minister właściwy do spraw zdrowia mógłby występować też o dane zbiorcze.

III. W obszarze finansowania świadczeń opieki zdrowotnej projekt przewiduje rozwiązania, dzięki którym będzie możliwe finansowanie świadczeń udzielanych w ogólnodostępnych podmiotach leczniczych przez NFZ dla osób umieszczonych w Ośrodku. Celem tego działania jest zapewnienie zgodności z obecnie funkcjonującymi zasadami dotyczącymi finansowania świadczeń opieki zdrowotnej osobom podlegającym ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia, ze środków NFZ.

IV. Projekt przewiduje dodanie przepisu umożliwiającego absolwentom studiów medycznych podleganie pod ubezpieczenie zdrowotne z tytułu odbywania szkolenia praktycznego (odpowiednika stażu podyplomowego). Dzięki temu rozwiązaniu absolwenci studiów medycznych zostaną objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu odbywania szkolenia praktycznego.

V. W zakresie usprawnienia pracy NFZ przewiduje się stworzenie mechanizmów prawnych umożliwiających NFZ pozyskiwanie pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach, w szczególności pracowników z wykształceniem medycznym, z uwagi na obowiązujące ograniczenia w tym zakresie, które mają wpływ na realizację zadań kontrolnych realizowanych przez NFZ. Modyfikacja obejmuje art. 112 ust. 1 pkt 2–4 oraz ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach. W art. 112 ust. 2 – w zakresie wydawania zgody Prezesa NFZ na wykonywanie działalności gospodarczej – zmiany dokonano przez ograniczenie konieczności uzyskania takiej zgody tylko do przypadków, gdy podejmowana działalność gospodarcza ma być powiązana z zadaniami wykonywanymi przez NFZ. Wprowadzenie powyższych zmian umożliwi pracownikom NFZ, w tym z wykształceniem medycznym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub działalności gospodarczej w zakresie niekolidującym z zadaniami realizowanymi w NFZ. Stworzenie możliwości pracy w NFZ i uzyskiwania jednocześnie dochodów na rynku pracy w ramach innej aktywności zawodowej przyczyni się do zwiększenia konkurencyjności NFZ jako pracodawcy. Dodatkowo usunięcie zakazu zatrudnienia w podmiocie tworzącym oraz w jednostkach samorządu terytorialnego, wyrażonego w art. 112 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o świadczeniach, pozwoli na pozyskanie wykwalifikowanych pracowników przez NFZ, w przypadku których zakres wykonywanych zadań u innego pracodawcy nie stoi w kolizji z zakresem zadań wykonywanych w NFZ.

Zmiany dokonano również w art. 102 ust. 8 ustawy o świadczeniach, nadając mu nowe brzmienie, które uwzględnia możliwość udzielania pełnomocnictw w formie elektronicznej oraz wykreślając wyraz „upoważnienia” z uwagi na nadanie nowego brzmienia ust. 7 zgodnie z ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, do którego odsyła ust. 8.

VI. Projekt ustawy wprowadza możliwość zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na czas nieoznaczony pozwoli na zmniejszenie obciążeń biurokratycznych po stronie NFZ przez zmniejszenie ilości składanych przez oferentów dokumentów w przypadku składania wniosków wyłącznie w celu kontynuacji umowy.

VII. W celu optymalizacji procesu obsługi rocznego rozliczenia składki zdrowotnej planowane jest dodanie przepisu, na podstawie którego przedsiębiorca nie będzie mógł otrzymać zwrotu z ZUS kwoty nadpłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne, których wartość nie przekracza dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji (tj. 160 zł). Środki te zostaną zaliczone na poczet przyszłych zaległości składkowych.

Zmiana w art. 81 ustawy o świadczeniach ma na celu zracjonalizowanie kosztów obsługi rozliczeń rocznych składki na ubezpieczenie zdrowotne przez ZUS. Nadpłata z tytułu rocznego rozliczenia tejże składki w kwocie poniżej dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji powinna być rozliczana

na koncie płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Zwrot nadpłaty w wyżej wymienionej kwocie na rachunek ubezpieczonego w drodze przelewu bankowego byłby obciążony nieproporcjonalnymi kosztami obsługi. Z tego powodu proponowana zmiana wymaga modyfikacji procedury zwrotu kwoty, która to procedura jest uregulowana w art. 81 ust. 2m, 2q i 2qa ustawy o świadczeniach.

Projekt przewiduje, że w sytuacji, gdy w rozliczeniu rocznym nadpłata przekracza dziesięciokrotność kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, ZUS będzie z urzędu zwracał kwotę nadpłaty pod warunkiem złożenia rozliczenia rocznego przez płatnika składek, bez wymaganego przepisami wniosku (art. 81 ust. 2m ustawy o świadczeniach). W przypadku gdy płatnik składek złoży rozliczenie roczne po terminie albo ZUS nie posiada numeru rachunku płatniczego płatnika składek, albo gdy rachunek płatniczy płatnika składek, na który ZUS przekazał zwrot nadpłaty, jest nieaktywny, kwota nadpłaty zostanie przeksięgowana na konto płatnika składek, z którego na ogólnych zasadach płatnik składek będzie uprawniony do uzyskania zwrotu środków po zewidencjonowaniu w ZUS aktualnego numeru rachunku płatniczego (art. 81 ust. 2ma ustawy o świadczeniach). W konsekwencji tej zmiany uchylono ust. 2n, 2o i 2p w art. 81 ustawy o świadczeniach.

W celu zaspokojenia należności, o których mowa w art. 81 ust. 2x ustawy o świadczeniach, przewiduje się rozwiązanie umożliwiające ZUS dochodzenie należności z tytułu nadpłaty na koncie płatnika składek z tytułu nienależnie opłaconych składek. Takie rozwiązanie wyeliminuje nadmiarowy nakład pracy ZUS oraz ograniczy narastanie odsetek za zwłokę do czasu przymusowego odzyskania należności. W tym zakresie dokonano zmian w art. 81 ust. 2q, 2qa oraz 2x ustawy o świadczeniach oraz w art. 24 ust. 6a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

Ponadto w art. 81 ustawy o świadczeniach dodano przepis ust. 2qb, w którym wskazano kolejność zaspakajania wierzytelności z dokonywanej z urzędu nadpłaty z tytułu rocznego rozliczenia składki zdrowotnej. W pierwszej kolejności na poczet zaległości z tytułu zwrotu nadpłaty będzie podlegała kwota, o której mowa w ust. 2i, wypłacona za poprzednie lata składkowe lub kalendarzowe, a w drugiej kolejności zaległość z tytułu składek pobieranych przez ZUS lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych. Dopiero po zaspokojeniu wierzytelności ZUS nadpłata będzie mogła potencjalnie podlegać przepisom egzekucyjnym, upadłościowym lub restrukturyzacyjnym.

Proponowane rozwiązanie jest szczególnie adekwatne i uzasadnione dla problemu konieczności przeprowadzania zwrotów w składce na ubezpieczenie zdrowotne w przypadkach, które wynikają z groszowych różnic powstałych w wyniku zaokrągleń stosowanych w obliczaniu należności składkowych.

Proponowane zmiany w obrębie poprawy procesu rozliczania składki zdrowotnej umożliwią ZUS rozliczanie na poczet bieżących składek niskich kwot nadpłaty, która może powstać wskutek rocznego rozliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne przez przedsiębiorcę. Przyjęcie zasady zwrotu nadpłaty powyżej określonej kwoty pozwoli na zachowanie racjonalności gospodarowania środkami publicznymi i wyeliminuje przypadki, w których obsługa zwrotu będzie przewyższała kwotę tego zwrotu. Proponowane rozwiązanie jest szczególnie adekwatne i uzasadnione dla problemu konieczności przeprowadzania zwrotów w składce na ubezpieczenie zdrowotne w przypadkach, które wynikają z groszowych różnic powstałych w wyniku zaokrągleń stosowanych w obliczaniu należności składkowych. Jednocześnie w obowiązujących przepisach ustawy o świadczeniach funkcjonuje rozwiązanie, które wskazuje, że w przypadku jeżeli płatnik w terminie nie złoży wniosku o zwrot nadpłaty, to nadpłata podlega zaliczeniu na koncie podstawowym, na którym są rozliczane składki. Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych – przepis art. 24 ust. 6a–6e – określa, że płatnik składek może złożyć wniosek o zwrot tej nadpłaty łącznie z nadpłatami z innych funduszy, jeżeli do pobierania składek na nie jest upoważniony ZUS (bez ograniczeń kwotowych).

VIII. Projekt obejmuje dodanie przepisów określających proces nadania statusu OECR, warunki jakie musi spełniać OECR oraz jego główne zadania. Wprowadza się upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia zawierającego szczegółowe warunki dla OECR oraz wzory dokumentów związanych z procesem nadania statusu OECR, w tym certyfikat statusu OECR. Samo nadanie i odmowa nadania statusu OECR będzie następowało w drodze decyzji administracyjnej ministra właściwego do spraw zdrowia. Status OECR będzie nadawany na okres 5 lat, który można przedłużyć na okres kolejnych 5 lat, o ile komórka organizacyjna zakładu leczniczego podmiotu leczniczego posiadająca ten status nadal spełnia określone przepisami prawa warunki, w przeciwnym razie status OECR wygaśnie. W projekcie określono również możliwość cofnięcia nadanego statusu OECR w sytuacji stwierdzenia zaprzestania spełniania warunków nadania statusu OECR. Minister właściwy do spraw zdrowia, na mocy przepisów odrębnych, sprawuje stały nadzór nad działalnością podmiotów leczniczych, ewentualne informacje o nieprawidłowościach w podmiotach leczniczych są mu przekazywane na bieżąco przez upoważnione instytucje. Projektowane przepisy przyczynią się do lepszego dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz wysokospecjalistycznej, koordynowanej opieki medycznej świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej.

IX. Zmiany w projekcie uwzględniają również uchylenie w art. 31t ustawy o świadczeniach przepisów dotyczących: uwzględniania w planie finansowym Agencji kosztów pozyskiwania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń oraz uwzględniania w wysokości odpisu dla Agencji projektu planu taryfikacji Agencji na dany rok.

W ramach zmian technicznych i dostosowujących przewidziano również nowelizację art. 31ha ust. 3 ustawy o świadczeniach. Zmianie uległ przepis dotyczący terminu przekazywania do ministra właściwego do spraw zdrowia rekomendacji wraz z raportem w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z projektem termin

przekazywania wskazanych dokumentów będzie określany w zleceniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Proponowane rozwiązanie urealnia proces przekazywania rekomendacji wraz z raportem Prezesa Agencji, mając na uwadze potrzebny czas do przygotowania rzeczonych dokumentów.

X. Ponadto, z przyczyn już opisanych w punkcie X. części pierwszej niniejszej oceny skutków regulacji, przewiduje się uchylenie art. 31da ustawy o świadczeniach oraz w konsekwencji uchylenie art. 15 ust. 2a ustawy o świadczeniach oraz zmianę art. 7 i 11 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692, z późn. zm.).

XI. Projekt obejmuje zmianę art. 54 ust. 11 ustawy o świadczeniach przez:

- 1) rozszerzenie obecnej delegacji o możliwość upoważnienia także innych pracowników ośrodka pomocy;
- 2) dodanie w art. 54 ustawy o świadczeniach przepisu, że w przypadku wydawania decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób bezdomnych właściwość miejscową gminy ustala się według ostatniego miejsca zameldowania tej osoby na pobyt stały, a w przypadku, gdy nie można ustalić miejsca zameldowania, właściwa byłaby gmina miejsca pobytu.

XII. Projekt zawiera zmianę art. 10 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej przez uzupełnienie pkt 6 o kwestie dotyczące obowiązku laboratorium do stałego udziału w programie zewnętrznej oceny wyników badań laboratoryjnych w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań laboratoryjnych.

Proponowane uzupełnienie określające czym – w rozumieniu ustawy – są standardy jakości, którym powinny odpowiadać laboratoria, stanowi właściwe dopełnienie tego przepisu (pkt 6) o element zewnętrznej oceny laboratoriów w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań laboratoryjnych.

Na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy o medycynie laboratoryjnej medyczne laboratoria diagnostyczne są zobowiązane do stosowania standardów jakości w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych. Wprowadzenie obowiązku udziału w programach zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych wprost do przepisów ustawy będzie stanowić potwierdzenie tego wymogu. Jednocześnie uzupełnienie art. 10 ust. 3 pkt 6 ww. ustawy umożliwi właściwe uregulowanie szczegółowych kwestii w tym zakresie w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie upoważnienia zawartego w art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej.

W art. 10 dodano również ust. 2a i 2b, które sankcjonują obowiązek uczestniczenia laboratorium w programie zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych.

Obowiązek zawarty w projektowanym ust. 2a dotyczy udziału laboratorium w programie zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości, organizowanym przez jednostki podległe ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, które w ramach swoich zadań statutowych prowadzą kontrolę badań laboratoryjnych.

W przypadku gdy zakres badań laboratoryjnych nie jest objęty wymienionym wyżej programem, to laboratorium ma obowiązek stałego udziału w programie zewnętrznej oceny jakości międzylaboratoryjnej albo międzynarodowym programie zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych, jeżeli programy te są rekomendowane przez towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w dziedzinie medycyny, która odpowiada zakresowi badań laboratoryjnych mających podlegać ocenie (ust. 2b).

XIII. W zakresie zmian porządkujących i dostosowujących proponuje się uchylenie art. 11 ust. 1 pkt 4a, art. 15 ust. 2 pkt 19, art. 97 ust. 3 pkt 15, art. 102 ust. 5 pkt 24b oraz modyfikację art. 44 ust. 2, art. 66 ust. 1 pkt 25, art. 72 ust. 2 oraz art. 123 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Do tego w art. 149 ust. 1 pkt 9 ustawy o świadczeniach projekt wprowadza zmianę polegającą na zastąpieniu błędnie użytego w tym przepisie spójnika „lub” spójnikiem „i”, co ma na celu skorygowanie omawianego przepisu, który w obecnym brzmieniu jest niezgodny z zamierzeniem ustawodawcy. Z kolei w art. 159a ust. 6 ustawy o świadczeniach projekt wprowadza doprecyzowanie przepisu w taki sposób, aby nie zachodziły wątpliwości, że rezygnacja przez świadczeniodawcę z realizacji danego profilu systemu zabezpieczenia, na podstawie ust. 4 tego artykułu, nie skutkuje zmianą poziomu kwalifikacji do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Z uwagi na przekrojowy charakter zmian, których część ma charakter techniczny i dotyczy domeny prawa krajowego, nie jest celowe prowadzenie analizy porównawczej w innych krajach członkowskich OECD/UE.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
NFZ	centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	ustawa o świadczeniach	1) konieczność uwzględniania przy rozpatrywaniu wniosków o wydanie zgody Prezesa NFZ na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, na zasadach obowiązujących w

			ramach unijnych przepisów o koordynacji, opinii wystawianych przez lekarzy z takich państw; 2) obowiązek informowania banku o podleganiu danej osoby polskiemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, w przypadku nabycia prawa do emerytury lub renty; 3) pozyskanie wysoko wykwalifikowanych pracowników z wykształceniem medycznym; 4) możliwość podejmowania przez pracowników NFZ dodatkowego zarobkowania w zakresie niekolidującym z zakresem zadań realizowanych w NFZ; 5) usprawnienie pracy NFZ w zakresie zawierania umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne.
ZUS i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego pozostałe branżowe zakłady emerytalne	2 15	dane powszechnie znane	1) obowiązek potrącania z emerytur i rent zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne; 2) ZUS – rozliczanie na poczet bieżących składek niskich kwot nadpłaty; 3) ZUS – przekazywanie informacji dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do Ministerstwa Zdrowia.
osoby pobierające świadczenia emerytalno-rentowe z innych państw UE, EFTA lub UK, które zaczęły pobierać dodatkowo polskie świadczenie emerytalno-rentowe	brak danych	nie dotyczy	Obowiązek odprowadzania składki na ubezpieczenie zdrowotne z zagranicznej emerytury lub renty za pośrednictwem banku.
świadczeniobiorcy wnioskujący o wydanie zgody Prezesa NFZ na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, na zasadach obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji	ok. 10 rocznie	sprawozdanie z działalności NFZ	Możliwość otrzymania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, na zasadach obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji, na podstawie opinii wystawionej przez lekarza z takiego państwa.
osoby, które w dniu nabycia prawa do emerytury lub renty mają miejsce zamieszkania na terytorium innego państwa UE, EFTA lub UK i nie posiadają prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie	brak danych	nie dotyczy	Obowiązek poinformowania o takich okolicznościach zakładów emerytalnych.

przepisów takiego państwa oraz osoby, które po nabyciu prawa do emerytury lub renty zostały wyrejestrowane z ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na podjęcie działalności zarobkowej na terytorium innego państwa UE lub EFTA albo nie zostały z tego powodu zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego			
osoby umieszczone w Ośrodku, które posiadają ubezpieczenie zdrowotne	68 (stan na 15 października 2024 r.)	pismo Ośrodka z dnia 15 października 2024 r., znak: KOZZD/EP/838/2024	Finansowanie świadczeń ze środków NFZ w podmiotach leczniczych ogólnodostępnych.
Ośrodek	1		1) zmniejszenie kosztów dla Ośrodka z tytułu ponoszenia opłat za świadczenia udzielane osobom ubezpieczonym umieszczonym w Ośrodku, które korzystały z publicznego systemu opieki zdrowotnej; 2) pomoc w zapewnieniu asysty.
Agencja	1	ustawa o świadczeniach	Brak wpływu na wysokość odpisu dla Agencji.
Ministerstwo Zdrowia	1	dana powszechnie znana	1) otrzymywanie z ZUS informacji na temat ubezpieczenia zdrowotnego; 2) umożliwienie nadawania statusu Ośrodka Eksperckiego Chorób Rzadkich.
podmioty wykonujące działalność leczniczą w zakresie diagnostyki laboratoryjnej	1514	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Zapewnienie wysokiej jakości i wiarygodności wyników badań laboratoryjnych.
diagności wykonujący działalność w ramach praktyki zawodowej	ok. 1800	według szacunków Ministerstwa Zdrowia działalność w zakresie medycyny laboratoryjnej w ramach praktyki zawodowej będzie prowadzić ok. 10% diagnostów laboratoryjnych	Zapewnienie wysokiej jakości i wiarygodności wyników badań laboratoryjnych.
Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej (Polmicro)	2	dane Ministerstwa Zdrowia	Jednostki realizujące zewnętrzną ocenę jakości w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań.
inne jednostki niż wymienione wyżej	brak danych	ustawa o medycynie laboratoryjnej	Jednostki realizujące zewnętrzną ocenę jakości w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań.
gminy	2479	podział administracyjny kraju (stan na dzień 1 stycznia 2025 r.)	Usprawnienie wydawania decyzji potwierdzającej prawo

			do świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 54 ustawy o świadczeniach.
--	--	--	---

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt ustawy nie podlegał pre-konsultacjom.

Regulacje zawarte w projekcie ustawy były uprzednio zawarte w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD285), który w ramach konsultacji publicznych i opiniowania został przekazany z 30-dniowym terminem na zgłaszania uwag do następujących podmiotów:

- 1) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) Business Centre Club;
- 3) Konfederacji „Lewiatan”;
- 4) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 5) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 6) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych (OPZZ);
- 7) Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”;
- 8) Forum Związków Zawodowych;
- 9) Krajowej Izbie Gospodarczej;
- 10) Polskiemu Towarzystwu Gospodarczemu;
- 11) Kongregacji Kupieckiej Zrzeszenie Handlu i Usług z siedzibą w Nowym Sączu;
- 12) Polskiej Radzie Biznesu;
- 13) Polskiej Federacji Szpitali;
- 14) Fundacji Małych i Średnich Przedsiębiorstw;
- 15) Fundacji Wspierania i Rozwoju Biur Rachunkowych;
- 16) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 17) Głównemu Urzędowi Statystycznemu;
- 18) Komisji Nadzoru Finansowego;
- 19) Urzędowi Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 20) Rzecznikowi Małych i Średnich Przedsiębiorców;
- 21) Organizacji Pracodawców Radzie Przedsiębiorców;
- 22) Rzecznikowi Praw Obywatelskich;
- 23) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
- 24) Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych;
- 25) Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 26) Zakładowi Emerytalno-Rentowemu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 27) wojskowym biurom emerytalnym;
- 28) Biuru Emerytalnemu Służby Więziennej;
- 29) Radzie Dialogu Społecznego;
- 30) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 31) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 32) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
- 33) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
- 34) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
- 35) Krajowej Radzie Ratowników Medycznych;
- 36) Polskiej Radzie Ratowników Medycznych;
- 37) Radzie Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 38) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 39) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 40) Związkowi Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 41) Związkowi Pracodawców Podmiotów Leczniczych Samorządu Województwa Mazowieckiego;
- 42) Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 43) Ogólnopolskiemu Stowarzyszeniu Szpitali Prywatnych;
- 44) Stowarzyszeniu Szpitali Małopolski;
- 45) Wielkopolskiemu Związkowi Szpitali;
- 46) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 47) Federacji Pacjentów Polskich;
- 48) Stowarzyszeniu Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 49) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 50) Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;
- 51) Krajowemu Ośrodkowi Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie;
- 52) Unii Metropolii Polskich;
- 53) Związkowi Banków Polskich;

- 54) Polskiemu Towarzystwu Diagnostyki Laboratoryjnej;
- 55) Polskiemu Towarzystwu Genetyki Człowieka;
- 56) Konsultantowi krajowemu w dziedzinie toksykologii klinicznej;
- 57) Konsultantowi krajowemu w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej;
- 58) Konsultantowi krajowemu w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej;
- 59) Konsultantowi krajowemu w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej;
- 60) Konsultantowi krajowemu w dziedzinie patomorfologii;
- 61) Centralnemu Ośrodkowi Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi;
- 62) Centralnemu Ośrodkowi Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej (Polmicro);
- 63) Ośrodkom Eksperckim Chorób Rzadkich;
- 64) Krajowemu Forum ORPHAN.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD285) był również przedmiotem opiniowania przez Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, która na posiedzeniu w dniu 25 lutego 2026 r. wydała pozytywną opinię dla zaproponowanych zmian.

Wobec tego przekazanie do opiniowania i konsultacji publicznych projektu ustawy, zawierającego ten sam zakres regulacji co projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD285), jest zbędne i niecelowe, tym bardziej że uprzednio przeprowadzony etap opiniowania i konsultacji publicznych pozwolił na wypracowanie docelowych rozwiązań.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2026 r. poz. 936) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404), projekt ustawy zostanie udostępniony na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania dotyczące projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD285) zostały przedstawione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania, dołączonym do niniejszej oceny skutków regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2025 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0 2025	1 2026	2 2027	3 2028	4 2029	5 2030	6 2031	7 2032	8 2033	9 2034	10 2035	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie):	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– ZUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
– NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	0	- 0,042	- 0,042	- 0,042	- 0,042	- 0,056	- 0,056	- 0,056	- 0,056	- 0,073	- 0,465
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie):	0	0	- 0,042	- 0,042	- 0,042	- 0,042	- 0,056	- 0,056	- 0,056	- 0,056	- 0,073	- 0,465
– ZUS	0	0	- 0,042	- 0,042	- 0,042	- 0,042	- 0,056	- 0,056	- 0,056	- 0,056	- 0,073	- 0,465
– NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Saldo ogółem	0	0	0,042	0,042	0,042	0,042	0,056	0,056	0,056	0,056	0,073	0,465
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0,042	0,042	0,042	0,042	0,056	0,056	0,056	0,056	0,073	0,465
– ZUS	0	0	0,042	0,042	0,042	0,042	0,056	0,056	0,056	0,056	0,073	0,465
– NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Źródła finansowania	1. Wprowadzenie w życie projektowanych przepisów nie będzie powodowało skutków finansowych w zakresie finansowania ochrony zdrowia.											

Zadania w zakresie ochrony zdrowia będą realizowane w ramach wysokości środków ustalonych na poszczególne lata według zasad określonych w art. 131c ustawy o świadczeniach bez konieczności ich zwiększania, w tym w ramach niezwiększonego funduszu wynagrodzeń:

- a) rozwiązanie polegające na wprowadzeniu „mechanizmu prawnego umożliwiającego NFZ pozyskiwanie pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach, w szczególności pracowników z wykształceniem medycznym” nie będzie powodowało dodatkowych skutków finansowych ponad limit dysponenta zarówno w pierwszym roku wejścia w życie ustawy, jak i w latach kolejnych. Zadanie będzie odbywało się w ramach niezwiększonego funduszu wynagrodzeń NFZ,
- b) zapewnienie finansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ogólnodostępnych podmiotach leczniczych osobom umieszczonym w Ośrodku, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, będzie miało wpływ na budżet NFZ, jednakże ze względu na marginalną skalę wydatków oraz brak stałej tendencji kosztowej (koszty udzielanych dotychczas świadczeń nie wykazują tendencji wzrostowej), nie należy spodziewać się znacznego ich zwiększenia, w tym nie jest przewidziany istotny skutek finansowy dla NFZ,
- c) przepisy regulujące powoływanie Ośrodków Eksperymentalnych Chorób Rzadkich nie implikują dodatkowych kosztów po stronie NFZ,
- d) przepis umożliwiający absolwentom studiów medycznych podleganie pod ubezpieczenie zdrowotne z tytułu odbywania szkolenia praktycznego (odpowiednika stażu podyplomowego) – jest to doprecyzowanie obowiązującego przepisu określającego obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego absolwentów, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż i opłacają składki zdrowotne, jeśli pobierają zasiłek dla bezrobotnych lub stypendium. Przedmiotowa zmiana ma więc charakter doprecyzowujący, a nie modyfikujący, wobec czego nie generuje dodatkowych skutków finansowych.

Ministerstwo Zdrowia, na podstawie wniosków o uznanie w drodze decyzji odbytego stażu podyplomowego, wydało w:

- 2022 r. – 218 pozytywnych decyzji w przedmiotowej sprawie,
- 2023 r. – 186 pozytywnych decyzji w przedmiotowej sprawie,
- 2024 r. – 278 pozytywnych decyzji w przedmiotowej sprawie,
- 2025 r. (do dnia 10.12.2025 r.) – 252 pozytywnych decyzji w przedmiotowej sprawie.

Poniżej zostały przedstawione dane z uczelni – stan na dzień 31 grudnia 2024 r. – studenci studiujący w języku angielskim,

stan na 31.12.2024		studenci studiujący w języku angielskim		
kierunek	rok studiów	obywatele polscy	cudzoziemcy z UE	cudzoziemcy spoza UE
kierunek lekarski	1 rok studiów	196	241	799
kierunek lekarski	2 rok studiów	120	171	744
kierunek lekarski	3 rok studiów	89	205	852
kierunek lekarski	4 rok studiów	86	208	651
kierunek lekarski	5 rok studiów	76	246	608
kierunek lekarski	6 rok studiów	93	295	669
kierunek lekarsko-dentystyczny	1 rok studiów	24	39	117
kierunek lekarsko-dentystyczny	2 rok studiów	16	29	96
kierunek lekarsko-dentystyczny	3 rok studiów	18	16	105
kierunek lekarsko-dentystyczny	4 rok studiów	18	23	89
kierunek lekarsko-dentystyczny	5 rok studiów	20	23	89
sumarycznie		756	1496	4819

- e) zwiększenie kosztów ponoszonych przez NFZ na finansowanie leczenia za granicą, zgodnie z art. 42f oraz 42i ustawy o świadczeniach, będącego wynikiem złagodzenia wymogów dotyczących wniosku o zgodę na takie leczenie, przez dopuszczenie opinii

	zagranicznych lekarzy, jest szacowane przez NFZ na kwotę 680 tys. zł. w skali roku i zostanie w całości pokryte w ramach środków zapisanych w planie finansowym Funduszu Medycznego w poz. 4.4 <i>finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom poza granicami kraju</i>. Środki zabezpieczone w planie finansowym Funduszu Medycznego na ten cel w ostatnich latach nie były w pełni wykorzystywane, a poziom realizacji ww. zadania wskazuje na to, że projektowana zmiana nie spowoduje konieczności zwiększenia kwoty zapisanej w tej pozycji planu w 2026 r. oraz latach kolejnych. 2. Projektowana zmiana w art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2022 r. poz. 1689), polegająca na jednoznacznym określeniu, że koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych ww. osobom przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Sprawiedliwości, nie będzie miała wpływu na poziom wydatków finansowanych w tym zakresie przez Ministra Sprawiedliwości. W odniesieniu do kosztów świadczeń udzielonych osobom z Ośrodka w podmiotach ogólnodostępnych w latach 2022–2024, dane obejmują zarówno osoby ubezpieczone, jak i nieubezpieczone, które przedstawiają się w sposób następujący: <table><tr><th>Rok ponoszenia kosztów</th><th>Wysokość poniesionych kosztów [w zł]</th></tr><tr><td>2022</td><td>45 782,39</td></tr><tr><td>2023</td><td>82 378,67</td></tr><tr><td>2024</td><td>59 683,71</td></tr><tr><td>Łącznie za lata 2022–2024</td><td>187 844,77</td></tr></table> Powyższe dane finansowe należy rozpatrywać przez pryzmat zwiększenia finansowania w ramach NFZ, uznając za podstawę tego wzrostu koszty ponoszone przez Ośrodek w podmiotach komercyjnych na podstawie danych zawartych w powyższej tabeli. Jednocześnie w związku z przeniesieniem finansowania świadczeń opieki zdrowotnej osobom nieposiadającym ubezpieczenia zdrowotnego do NFZ, który z tego tytułu będzie finansował świadczenia dla tych osób w ramach środków określonych w art. 131d ustawy o świadczeniach, dla Ośrodka powstaną oszczędności w szacunkowej kwocie wynoszącej 40 000 zł rocznie (dane przekazane przez Ośrodek). Zadanie będzie realizowane w ramach wysokości środków ustalonych na poszczególne lata według zasad określonych w art. 131c ustawy o świadczeniach bez konieczności ich zwiększania. 3. Projekt ustawy nie będzie wywoływał skutków finansowych w postaci zwiększenia wydatków lub zmniejszenia dochodów jednostek sektora finansów publicznych w stosunku do wielkości wynikających z obowiązujących przepisów. 4. Proponowane w projekcie ustawy rozwiązania będą miały wpływ na koszty ponoszone przez ZUS. Wprowadzenie zasady obsługi rocznego rozliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne związanej ze zwrotem nadpłaty pozwoli na wyeliminowanie nieracjonalnych kosztów obsługi takiego wniosku, które przewyższałyby samą kwotę zwrotu. Do oszacowania zmniejszenia wydatków w okresie 10 lat przyjęto stałą liczbę płatników ze zwrotem do 160 zł na podstawie rocznego rozliczenia za 2024 r., tj. 350 000 zwrotów (płatników). Począwszy od wejścia w życie projektowanych zmian – tj. w 2027 r. – przyjęto za lata 2027–2030: kwotę przelewu w wysokości 0,12 zł, za lata 2021–2034 – kwotę przelewu w wysokości 0,16 zł i za rok 2035 – kwotę przelewu w wysokości 0,21 zł. 5. W związku z projektowanym obowiązkiem potrącania z emerytur i rent zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne, projekt ustawy nie będzie wywoływał skutków finansowych po stronie innych organów emerytalno-rentowych. 6. Zmiany dotyczące Agencji nie będą miały wpływu na wysokość odpisu dla Agencji na dany rok. Zgodnie z obowiązującymi przepisami wysokość odpisu dla Agencji stanowi nie więcej niż 0,06% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne na ten rok określonych w planie finansowym NFZ.	Rok ponoszenia kosztów	Wysokość poniesionych kosztów [w zł]	2022	45 782,39	2023	82 378,67	2024	59 683,71	Łącznie za lata 2022–2024	187 844,77
Rok ponoszenia kosztów	Wysokość poniesionych kosztów [w zł]										
2022	45 782,39										
2023	82 378,67										
2024	59 683,71										
Łącznie za lata 2022–2024	187 844,77										
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Skutek związany ze zmianą dotyczącą finansowania leczenia za granicą, zgodnie z art. 42f oraz art. 42i ustawy o świadczeniach, został oszacowany przy założeniu, że zmiana wprowadzona w tych przepisach spowoduje wzrost liczby zgód na takie leczenie o 8 rocznie, przy średnim koszcie leczenia za granicą wynoszącym ok. 85 tys. zł. Ponadto przewiduje się oszczędność w budżecie Ośrodka w kwocie 40 tys. zł rocznie.										
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców, oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe											
Skutki											
Czas w latach od wejścia w życie zmian	0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)				
duże przedsiębiorstwa											

W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Bez wpływu.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	1. Bez wpływu. W związku z planowanym w projekcie zawieraniem umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na czas nieoznaczony podmioty lecznicze, które należą do mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, będą mogły realizować świadczenia, jeśli będą spełniać warunki niezbędne określone w zarządzeniach Prezesa NFZ oraz jeżeli złożą poprawny i kompletny wniosek o zawarcie takiej umowy. 2. W związku z dodaniem w projekcie obowiązku udziału laboratoriów w zewnętrznej ocenie jakości wyników badań laboratoryjnych projektowana ustawa może wpłynąć na mikro-, małych i średnich przedsiębiorców w zakresie, w jakim podmioty tych kategorii wielkościowych są podmiotami prowadzącymi medyczne laboratoria diagnostyczne. Udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie diagnostyki laboratoryjnej w zewnętrznej ocenie wyników badań laboratoryjnych w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań laboratoryjnych nie będzie generował kosztów po stronie tych podmiotów.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	1. Poprawa dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom umieszczonym w Ośrodku w podmiotach leczniczych ogólnodostępnych, które posiadają umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. 2. W przypadku zmian dotyczących powoływania OECR wpłyną na usprawnienie procesów związanych z diagnostyką, leczeniem oraz monitorowaniem pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej. 3. Osoby, które nie dopełnią obowiązku informowania zakładu emerytalnego, wprowadzonego w art. 75 ustawy o świadczeniach, będą ponosić koszty pokrycia zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne.						
	osoby niepełnosprawne i osoby starsze	Zmiany dotyczące powoływania OECR wpłyną na usprawnienie procesów związanych z diagnostyką, leczeniem oraz monitorowaniem pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej.						
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Projekt nie nakłada nowych zadań w sektorze publicznym, tym samym nie wywiera wpływu na ten obszar.						
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
☐ nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).				☐ tak ☐ nie X nie dotyczy				
☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☒ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				☒ zwiększenie liczby dokumentów ☒ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.				☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy				
Komentarz: 1. Udział podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie diagnostyki laboratoryjnej w zewnętrznej ocenie wyników badań laboratoryjnych w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań laboratoryjnych nie będzie generował kosztów po stronie tych podmiotów. Od 2009 r. laboratoria zostały zobligowane do stałego uczestnictwa w podstawowych programach zewnętrznej oceny jakości organizowanych przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej w Warszawie i Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w								

Łodzi (jednostki podległe ministrowi właściwemu do spraw zdrowia). Jednostki te organizują i realizują zewnętrzną kontrolę jakości badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych i epidemiologicznych, jak również oceniają jakość stosowanych metod. Udział laboratoriów w programach organizowanych przez oba ośrodki jest bezpłatny, są to zadania statutowe ww. dwóch Ośrodków.
2. Wprowadzenie możliwości zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na czas nieoznaczony pozwoli na wykorzystanie potencjału pracowników oddziałów wojewódzkich NFZ w innych obszarach niż weryfikowanie wniosków, które są tożsame z kończącymi się umowami na ten zakres. W konsekwencji zmniejszy to po stronie oferentów liczbę składanych dokumentów w trakcie postępowań konkursowych oraz liczbę procedur będących elementem rzeczonych postępowań.
3. W związku z udzielaniem ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacji potrzebnych w przypadku konieczności dokonania analizy sytuacji osób ubezpieczonych, w szczególności dotyczącej płatników składek, ZUS będzie miał podstawę prawną do przekazywania danych zindywidualizowanych dotyczących płatników składek. W konsekwencji będzie wiązało się to z przekazywaniem dodatkowych dokumentów, co przełoży się na zwiększenie liczby dokumentów. ZUS będzie to robił w ramach obowiązujących kompetencji, analogicznie jak w przypadku określonych potrzeb innych ministerstw zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, co dla ZUS będzie wiązało się z większym obciążeniem związanym z dodatkową ilością dokumentów oraz procedur.

9. Wpływ na rynek pracy

Projekt będzie miał pozytywny wpływ na rynek pracy przez zwiększenie konkurencyjności NFZ, który będzie mógł pozyskiwać pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach, w szczególności pracowników z wykształceniem medycznym (pkt V w części I i II Oceny Skutków Regulacji).

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
--	--	--

Omówienie wpływu	1. Zmiany w zakresie wnioskowania o wydanie zgody Prezesa NFZ na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim pozwoli na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim UE lub EFTA na zasadach obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji. 2. Powoływanie OECR przyczyni się do zapewnienia pacjentom z określoną chorobą rzadką lub grupą chorób rzadkich dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz wysokospecjalistycznej, koordynowanej opieki medycznej. 3. Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych. W odniesieniu do nadania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uprawnienia do pozyskiwania i przetwarzania danych osób zgłoszonych do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego, a także członków ich rodzin, którzy zostali zgłoszeni do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego, celem regulacji jest: 1) perspektywa prowadzenia analizy i prognoz modeli finansowania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie uzyskanych danych osób ubezpieczonych, z uwzględnieniem członków rodzin, za których składka zdrowotna nie jest opłacana, co przyczyni się do pełniejszej realizacji zadań przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia; 2) możliwość zweryfikowania, czy w przypadku danej osoby ubezpieczonej prawidłowo określono jej tytuł ubezpieczeniowy oraz stosowano prawidłową podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, co umożliwi kontrolę przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Środkiem do powyższych celów jest możliwość pozyskiwania danych w projektowanym zakresie, tak aby można było przyporządkować konkretne dane określonym osobom. Podkreślić trzeba, że dane dotyczące nr PESEL nie należą do szczególnych kategorii danych osobowych w rozumieniu art. 9 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). Bez identyfikacji danych nie byłoby możliwości przypisywania danych konkretnym osobom – w konsekwencji wyniki analiz i prognoz nie będą wiarygodne. Do prowadzenia rzetelnych analiz i prognoz w zakresie kosztów jakie są generowane dla publicznego systemu opieki zdrowotnej konieczna jest identyfikacja osób, które są ubezpieczone, w tym osób, które są ubezpieczone, ale
------------------	---

	nie ponoszą z tego tytułu kosztów (członkowie rodzin osób ubezpieczonych). Kwestie związane z płynnością budżetową oraz ochroną zdrowia należą do silnie chronionych wartości publicznych, co uzasadnia ingerencję w swobodę jednostek w opisywanym zakresie. Spełniona jest zatem przesłanka istnienia interesu publicznego. W systemie muszą być znane faktyczne przeszkody w efektywności poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne, które mogą leżeć po stronie ubezpieczonego, ale także płatnika składki. Planowane operacje przetwarzania, w szczególności udostępnianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zbioru danych ubezpieczonych, nie implikuje wysokiego ryzyka naruszenia praw lub wolności osób fizycznych. Należy podkreślić, że minister właściwy do spraw zdrowia już obecnie, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, ma podstawę prawną do przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. W związku z tym, że wprowadzenie obowiązku udziału w programach zewnętrznej oceny jakości badań laboratoryjnych wprost do przepisów ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej będzie stanowić potwierdzenie tego wymogu określonego w tej ustawie, odstąpiono od wyznaczenia terminu wejścia w życie tych przepisów na dzień przypadający nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia. Zewnętrzna ocena jakości w ramach międzylaboratoryjnej oceny jakości badań jest już realizowana od 27 lat i nie ma potrzeby wydłużenia <i>vacatio legis</i> w tym zakresie. Jednocześnie przyjęto, że przepisy upraszczające po stronie ZUS procedurę rocznego rozliczenia składki zdrowotnej będą obowiązywać po upływie 9 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy w celu dostosowania systemu teleinformatycznego ZUS do tych zmian. Ponadto wydłużone do roku <i>vacatio legis</i> przyjęto dla dodanego w ustawie o świadczeniach nowego art. 42ia (określającego procedurę refundacji kosztów świadczeń uzyskanych w innych państwach UE lub EFTA lub w UK) oraz dla przepisu zmieniającego art. 42d ust. 5 pkt 3 tej ustawy (odstąpienie od obowiązku załączania do wniosku o zwrot kosztów papierowej recepty, zlecenia lub skierowania), jak również w zakresie zmian w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, w tym w zakresie dotyczącym udostępniania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zbioru danych ubezpieczonych, w celu modyfikacji systemu informatycznego ZUS.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Ewaluacja projektu nastąpi po upływie dwóch lat od wejścia w życie ustawy. Przy ewaluacji zostaną zastosowane w szczególności następujące mierniki: 1) zmiana liczby osób z wykształceniem medycznym w strukturze zatrudnienia w NFZ; 2) zmiana liczby deklaracji, w których wykazana została nadpłata składki zdrowotnej; 3) zmiana liczby postępowań i spraw do manualnej obsługi wniosków przedsiębiorców o zwrot nadpłaty w ramach rocznego rozliczenia składki zdrowotnej; 4) liczba powołanych OECR. W pozostałym zakresie zmiany mają charakter ciągły, więc nie ma potrzeby określania mierników.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Raport z konsultacji publicznych i opiniowania do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD285).	

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH I OPINIOWANIA
projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
oraz niektórych innych ustaw UD285

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2026 r. poz. 936), z chwilą skierowania ww. projektu skierowania do konsultacji publicznych oraz opiniowania treść projektu została zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia.

Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy. Projekt został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji.

Uwagi zgłoszone do projektu, wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia, zostały zawarte w poniższym zestawieniu.

Część projektu (jednostka redakcyjna)	Treść uwagi (zachowano pisownię oryginalną)	Uzasadnienie uwag (zachowano pisownię oryginalną)	Propozycja rozwiązań (zachowano pisownię oryginalną)	Stanowisko MZ
Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji				
art. 1 (propozycja zmiany art. 31lc ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	W związku z koniecznością zapewnienia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją”, dostępu do szerszego zakresu danych niezbędnych do realizacji zadań ustawowych, zwracam się z uprzejmą prośbą o uwzględnienie poniższych propozycji zmian legislacyjnych w jednym z dwóch rządowych projektów ustaw.	Na potrzeby realizacji zadań Agencja aktualnie gromadzi zanonimizowane dane o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia oraz kosztów zatrudnienia ponoszonych przez świadczeniodawcę, w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oznacza to, że świadczeniodawca sam nadaje własny numer danemu pracownikowi. W przypadku osób zatrudnionych na umowę o pracę jest to najczęściej unikalny numer nadawany pracownikowi w systemie kadrowym podmiotu, natomiast w przypadku pozostałych form zatrudnienia (umowa zlecenie, podwykonawstwo) reguła ta nie ma zastosowania. Powoduje to brak możliwości uzyskania informacji o pełnym wynagrodzeniu pracownika, jeżeli świadczy on pracę w danym podmiocie w ramach różnych form zatrudnienia. Co prawda Agencja zaleca stosowanie przez świadczeniodawców tego samego identyfikatora w odniesieniu do danego pracownika, jednak nie ma pewności co do tego, że zalecenie to jest przestrzegane przez świadczeniodawców. Wprowadzenie identyfikacji przy użyciu nr PESEL i numeru prawa wykonywania zawodu pozwoli na prowadzenie bardziej precyzyjnych analiz na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia.	W art. 31lc wprowadza się następujące zmiany: a) w ust. 2: - w pkt 5 skreśla się wyraz „zanonimizowane”, - w pkt 5 na końcu zdania kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 i 7 w brzmieniu: „6) numer PESEL osoby o której mowa w pkt 4, a w przypadku jego braku - serię i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby; 7) numer prawa wykonywania zawodu osoby o której mowa w pkt 4 – w przypadku osób, którym nadano ten numer.”, b) w ust. 4b:	Uwaga uwzględniona

		Jednym z najważniejszych elementów składowych kosztów świadczeń zdrowotnych są wynagrodzenia osób biorących udział w ich realizacji. W procesie taryfikacji, szczególnie w przypadku ustalania kosztów procedur zabiegowych, Agencja operuje godzinowymi stawkami wynagrodzeń personelu. Wprowadzenie identyfikacji pracownika przy użyciu numeru PESEL oraz numeru prawa wykonywania zawodu pozwoli na precyzyjne ustalenie rzeczywistego kosztu pracy, zwłaszcza w sytuacjach, gdy ta sama osoba świadczy usługi w danym podmiocie na podstawie różnych form zatrudnienia, na przykład umowy o pracę i umowy kontraktowej. Takie podejście wpłynie na jeszcze bardziej adekwatne określenie wyceny danego świadczenia, szczególnie w kontekście świadczeń, w których koszty osobowe stanowią kluczowy element całkowitego kosztu realizacji. Dzięki dostępowi do szczegółowych danych personalnych możliwe będzie unikanie ryzyka związanego z niedoszacowaniem lub przeszacowaniem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzenie takiego systemu przyczyni się do zwiększenia transparentności i trafności wydatków na ochronę zdrowia, co jest niezbędne w kontekście racjonalizacji kosztów i efektywnego zarządzania zasobami. Wnioskowane dane będą również przydatne przy wykonywaniu nowych zadań Agencji, w tym prowadzenie, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, analiz, o których mowa w art. 59c ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W obliczu rosnących oczekiwań społecznych oraz ograniczonych budżetów, staranne określenie rzeczywistych kosztów świadczeń jest kluczowe dla dalszego rozwoju systemu ochrony zdrowia oraz zapewnienia jego zrównoważonego funkcjonowania. Identyfikator pracownika w postaci numeru PESEL oraz numeru prawa wykonywania zawodu umożliwi przypisanie pracowników do odpowiednich grup zawodowych/kategorii personelu (zgodnie z załącznikiem do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26	- w pkt 2 skreśla się słowo „zanonimizowane”, - po pkt 2 dodaje się pkt 2a i 2b w brzmieniu: „2a) numer PESEL w zakresie dotyczącym osoby o której mowa w pkt 2, a w przypadku jego braku – serię i numer innego dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby; 2b) numer prawa wykonywania zawodu w zakresie dotyczącym osoby o której mowa w pkt 2, - w przypadku osób, którym nadano ten numer;”; c) w ust. 4d otrzymuje brzmienie: „4d. Dane, o których mowa w ust. 4a, są wykorzystywane przez Agencję w celu realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1a, 2c i 4b - 5 oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.”.	
--	--	--	--	--

		października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących stosowania standardu rachunku kosztów (Dz. U. z 2020, poz. 2045). Jest to kluczowe dla prawidłowego oszacowania kosztów wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodowych oraz kategoriach personelu. Przetwarzanie tych danych pozwala na precyzyjną weryfikację informacji przekazywanych przez podmioty lecznicze, co minimalizuje ryzyko wystąpienia błędów. Analityczne podejście do danych dotyczących zatrudnienia i kwalifikacji personelu umożliwia Agencji formułowanie rzetelnych rekomendacji dotyczących finansowania świadczeń, mających na celu pokrycie kosztów wynikających z ustawowego podniesienia minimalnych wynagrodzeń. Dokładne informacje na temat zatrudnienia są nie tylko niezbędne do efektywnego zarządzania kosztami, ale również do przeprowadzania wiarygodnych analiz ekonomicznych, które stanowią fundament dla decyzji finansowych wpływających na cały system opieki zdrowotnej. Dodatkowo, przetwarzanie tych danych pozwala na monitorowanie wykorzystania środków publicznych, sprawdzając, czy środki są przeznaczane zgodnie z ich przeznaczeniem i czy świadczeniodawcy faktycznie alokują dodatkowe fundusze na realizację celów ustawowych związanych ze wzrostem wynagrodzeń dla personelu medycznego. Takie działania przyczyniają się do większej transparentności i odpowiedzialności w zarządzaniu zasobami, co jest kluczowe dla zachowania zaufania społecznego do systemu ochrony zdrowia oraz jego efektywności. Dodatkowo, identyfikacja pracowników poprzez numer PESEL oraz numer prawa wykonywania zawodu pozwolą na: • dokładne monitorowanie różnych form zatrudnienia jednej osoby, co jest kluczowe dla analizy rynku pracy w sektorze medycznym, • zwiększenie dokładności i wiarygodności zbieranych danych, • ocenę rzeczywistego czasu pracy i obciążenia zawodowego pracowników medycznych zatrudnionych w wielu miejscach, analizę obciążenia pracą,		
--	--	---	--	--

		• potwierdzenie uprawnień i kwalifikacji pracowników, co jest istotne w kontekście weryfikacji prawidłowości przypisania danego pracownika do grupy zawodowej określonej w ustawie o sposobie ustalania wysokości minimalnego wynagrodzenia osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych, • wykrywanie potencjalnych nadużyć, takich jak niezgodne z prawem praktyki zatrudnienia, które leży w interesie publicznym, szczególnie w kontekście zdrowia publicznego i bezpieczeństwa systemu opieki zdrowotnej, • śledzenie zmian w zatrudnieniu i mobilności pracowników medycznych między podmiotami, czyli monitorowanie trendów zatrudnienia, • rzetelne dane są niezbędne dla decydentów w tworzeniu polityk zdrowotnych i alokacji funduszy, • pozwala na wykrycie braków personalnych w określonych regionach lub specjalizacjach medycznych, • ułatwia przygotowanie wymaganych prawem raportów i sprawozdań dla organów nadzorujących, • zwiększa przejrzystość w zakresie zatrudnienia i kwalifikacji personelu medycznego.	
Związek Powiatów Polskich			
Art. 1 pkt 4 w zakresie usuwanego art. 31da ustawy o świadczeniach	Uwaga porządkowa. W związku z uchyleniem art. 31da ustawy o świadczeniach, dobrze byłoby dokonać zmiany w art. 7 i 11 ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, w których ustawodawca odwołuje się do art. 31da ustawy o świadczeniach.		Uwaga uwzględniona
Art. 1 pkt 13 w zakresie dodawanego art. 47j ust. 5 pkt 4, art. 47l pkt 3 i 5, art. 47n pkt 1 i art. 47p ustawy o świadczeniach	Zgodnie z projektowanymi przepisami warunkiem nadania statusu OECR (w domniemaniu również jego nadania na kolejne 5 lat) jest posiadanie odpowiedniej liczby świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. Liczba ta będzie wynikała z rozporządzenia wykonawczego. Zatem projektowane przepisy wymagają, aby w dniu nadania statusu albo jego przedłużenia na kolejne 5 lat podmiot udzielał świadczeń w odniesieniu do danej choroby rzadkiej. W przypadku ultra-rzadkich chorób warunek posiadania „na stanie” pacjenta może utrudnić zachowanie ciągłości posiadania statusu OECR.		Zakładana liczba pacjentów będzie uwzględniać specyfikę chorób rzadkich w tym ultrarzadkich oraz statystyki co do występowania danych rozpoznań.
Centrum e-Zdrowia			

art. 1	W związku z przekazaniem do konsultacji publicznych projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD285) w ocenie Centrum e-Zdrowia w art. 1 pkt 13, dotyczącym wprowadzenia rozdziału dotyczącego Ośrodków Eksperymentalnych Chorób Rzadkich, rekomendujemy wprowadzenie przepisu wskazującego, że wykaz tych ośrodków będzie zamieszczony na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.	Uwaga nieuwzględniona. Wykaz OECR będzie publikowany niezależnie od zapisów ustawy.
Przewodnicząca Rady ds. Chorób Rzadkich		
art. 1	Konieczne rozróżnienie. Rada ds. Chorób Rzadkich przygotowała dwa różne kwestionariusze do naboru ośrodków genetycznych i klinicznych, które po uzgodnieniach zostały przekazane do Ministerstwa Zdrowia. OECR genetyczne zajmują się z reguły wyłącznie diagnostyką, nie prowadzą farmakoterapii ani opieki wielodyscyplinarnej.	Uwaga nieuwzględniona Rozróżnienie nastąpi na poziomie rozporządzenia
	propozycja dookreślenia "krajowego" OECR	Uwaga nieuwzględniona Zakłada się, że doszczegółowienie poziomu krajowego jest zbędne.
	dodanie w art. 47j ust. 3 : "na czas przynależności do ERN".	Uwaga uwzględniona
	47 j ust.4 Rada ds. Chorób Rzadkich Minister właściwy do spraw zdrowia weryfikuje spełnianie warunków nadania statusu OECR na podstawie informacji zawartych w tym kwestionariuszu i rekomenduje Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia komórki organizacyjne które spełniły wymogi w celu nadania statusu krajowego OECR.	Uwaga nieuwzględniona Nie ma możliwości przywołania Rady ds. Chorób Rzadkich, powołanej na podstawie wewnętrznego zarządzenia Ministra Zdrowia.
	dodanie w art. 47j ust. 5 do zdania "Warunkami nadania statusu są, odpowiednie dla specyfiki wnioskowanego obszaru chorób rzadkich:	Uwaga uwzględniona „5. Warunki nadania statusu OECR uwzględniają różnorodność chorób rzadkich i obejmują:”
	dodanie w art. 47 j ust 5 punktów 6 i 7 - 6) udokumentowana publikacją współpracą z innymi ośrodkami eksperckimi na szczeblu krajowym, europejskim i międzynarodowym; 7) współpraca z organizacjami zrzeszającymi pacjentów.	Uwaga nieuwzględniona Wskazane w art. 47o.
	dodanie w art. 47 l pkt 6 i 7: 6) informacje o współpracy z innymi ośrodkami eksperckimi na szczeblu krajowym, europejskim i międzynarodowym udokumentowane publikacją z ostatnich 5 lat przed aplikowaniem o status OECR z podaniem współczynnika oddziaływania Impact Factor i punktacji MNSW 7) informacje o współpracy z organizacjami zrzeszającymi pacjentów we wnioskowanym obszarze chorób rzadkich	Uwaga nieuwzględniona Wskazane w art. 47o.
	ponadto - propozycje poprawek redakcyjnych	W części uwzględnione

Amerykańska Izba Handlowa w Polsce

art. 1 (art. 47j ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	W art. 47j ust. 5 projekt określa jedynie na wysokim poziomie ogólności warunki, jakie muszą spełnić ośrodki, aby uzyskać status OECR. Z tego względu zasadne jest doprecyzowanie tych warunków, tak aby zapewnić adekwatną reprezentację ośrodków posiadających status OECR w Polsce. Ponadto obecne brzmienie przepisu zakłada konieczność kumulatywnego spełnienia wszystkich wskazanych kryteriów, co w praktyce może znacząco ograniczyć liczbę jednostek zdolnych do uzyskania statusu OECR. Dotyczy to w szczególności mniejszych ośrodków, które mogą mieć trudności w spełnieniu wszystkich wymogów, np. dotyczących liczby prowadzonych badań klinicznych i naukowych. W konsekwencji może to prowadzić do nierównego dostępu pacjentów do wyspecjalizowanej opieki, co stoi w sprzeczności z intencją projektodawcy.		Uwaga nieuwzględniona Doprecyzowanie warunków dla OECR nastąpi w drodze rozporządzenia, z uwzględnieniem różnego typu/wielkości ośrodków ubiegających się o nadanie statusu OECR. Ponadto: - nie ma praktyki wskazywania terminu publikacji rozporządzenia wskazanego w ustawie - regulacje dotyczące mechanizmów finansowania wyłącznie dla OECR wynikają z innych niż ustawa aktów prawnych.
art. 1 (art. 47n ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Ponadto wskazujemy, że w art. 47n brak jest określenia terminu wydania rozporządzenia doprecyzowującego zapisy ustawy, w tym warunków niezbędnych do uzyskania statusu OCER. Brak takiego terminu stwarza ryzyko opóźnień w stosowaniu i egzekwowaniu nowych przepisów. Ustalenie jednoznacznych ram czasowych zwiększyłoby przewidywalność procesu wdrożeniowego oraz zapewniło sprawne funkcjonowanie prawa po jego uchwaleniu.	Planowane jest wydanie rozporządzenia do dnia 1 października 2026 r.	
Uwaga ogólna	Zwracamy również uwagę, że projekt nie przewiduje systemu zachęt dla podmiotów ubiegających się o status OCER, mimo wcześniejszych zapowiedzi resortu w tym zakresie. Brak takich mechanizmów może osłabić zainteresowanie tworzeniem nowych ośrodków, co pozostaje w sprzeczności z deklarowanym celem poprawy dostępności leczenia chorób rzadkich.	Uwaga nieuwzględniona Regulacje dotyczące mechanizmów finansowania wyłącznie dla OECR wynikają z innych niż ustawa aktów prawnych.	
Federacja Pacjentów Polskich, Krajowe Forum na rzecz Terapii Chorób Rzadkich			
Art. 1 (dodanie w art. 47o ust. 3)	W związku z tym iż w OECR przyjmowanie są pacjenci wymagający eksperckiej wiedzy oraz rozszerzonego czasu przy diagnozowaniu i leczeniu konieczne jest zapewnienie adekwatnego finansowania świadczeń w OECR.	Proponujemy dopisanie w Art. 47o. ust 3. w brzmieniu. Art. 47o. 3. Dla zapewnienia stabilności	Uwaga nieuwzględniona Mechanizmy finansowe przeznaczone OECR uregulowane sa w innych aktach prawnych.

			funkcjonowania OECR oraz utrzymania wysokiej jakości i dostępności świadczeń w skali ogólnokrajowej, wprowadza się pomostowe współczynniki korygujące na pokrycie rzeczywistych kosztów świadczeń. Współczynniki te zostaną określone przez AOTMiT po weryfikacji i analizie rzeczywistych kosztów świadczeń w OECR. W kolejnych latach obowiązywania systemu JGP ustalanie taryf poszczególnych grup – w relacji do kosztów ponoszonych przez OECR – powinno się odbywać poprzez porównanie kosztów wytworzenia wartości punktu JGP wszystkich szpitali mających status OECR,	
Art. 1 (dodanie art. 47r)			Propozycja dopisania Art. 47r. Art.47 r. Dla zapewnienia jakości świadczeń w OECR, po upływie każdego roku, płatnik dokonuje audytu czy OECR spełnia wszystkie kryteria konieczne do utrzymania statusu OECR.	Uwaga nieuwzględniona Proponowane zmiany nie obejmują roli płatnika.
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr Stanisława Popowskiego				

Art. 1	1. W art 47 J w ust 5 zdefiniowano warunki nadania statusu OECR, brak jednak zdefiniowania minimalnych kryteriów liczbowych (ile personelu, ile procedur, ilu pacjentów pod opieką itp.). Brak konkretnych progów liczbowych może prowadzić do bardzo rozbieżnej interpretacji kryteriów.	Uwaga nieuwzględniona Doprecyzowanie warunków dla OECR nastąpi w drodze rozporządzenia, z uwzględnieniem różnego typu/wielkości ośrodków ubiegających się o nadanie statusu OECR.
Uwaga ogólna	2. Brak jednoznacznych zasad finansowania OECR Projekt nie przewiduje odrębnego mechanizmu finansowania ani taryf dedykowanych dla działalności ośrodków eksperckich. Biorąc pod uwagę specyfikę chorób rzadkich (kosztowna diagnostyka, wielospecjalistyczna opieka, koordynacja, telekonsultacje, praca wielodyscyplinarna, zaangażowanie wysokospecjalistycznych technologii operacyjnych itp), brak jasno określonych źródeł finansowania może utrudnić realne funkcjonowanie OECR.	Uwaga nieuwzględniona Mechanizmy finansowe przeznaczone OECR uregulowane są w innych aktach prawnych.
Uwaga ogólna	3. Niejasno zdefiniowana została rola ośrodków w systemie opieki zdrowotnej. Projekt nie określa, czy OECR mają pełnić funkcję jednostek diagnostyczno-terapeutycznych, czy również koordynujących opiekę długofalową i ścieżkę pacjenta. W kontekście chorób rzadkich model koordynacyjny jest kluczowy.	Uwaga nieuwzględniona Konkretny obszar działań wynika z obszaru i specyfiki danej grupy chorób rzadkich.
Uwaga ogólna	4. Brak modelu referencyjności i powiązań w systemie krajowym	Uwaga nieuwzględniona Poziomy zaawansowania i specjalizacji wynikają ze specyfiki danej grupy chorób rzadkich.
Uwaga ogólna	5. Nie zdefiniowano struktury przepływu pacjenta	Uwaga poza zakresem regulacji
Uwaga ogólna	6. Nie zdefiniowano zakresu współpracy międzynarodowej	Uwaga nieuwzględniona Zakres współpracy międzynarodowej wynika ze specyfiki chorób rzadkich.
Uwaga ogólna	7. Projekt odnosi się do ERN (Europejskiej Sieci Referencyjnej), ale nie określa zasad uczestnictwa, raportowania, obowiązków ani wsparcia Państwa w zakresie utrzymania jednolitych standardów europejskich.	Uwaga nieuwzględniona Kwestie dotyczące obecności w ERN wynikają ze specyfiki danej Sieci.
Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”		
Art. 1	Instytut "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" pragnie zgłosić uwagi do projektu w części dotyczącej Rozdziału 3b -Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich. Proponujemy brzmienie zapisów jak poniżej:	Uwaga nieuwzględniona.

	Art. 47j. 1. Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich, zwane dalej „OECR”, są komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego podmiotu leczniczego będącego świadczeniodawcą, który posiada umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: leczenie szpitalne – oddziały szpitalne, leczenie szpitalne – programy lekowe, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz posiada laboratorium wykonujące zaawansowane badania genetyczne w tym wieloskalowe badania molekularne, wyspecjalizowanymi w diagnostyce i leczeniu świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, w rozumieniu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, s. 45, z późn. zm.2)), zwanej dalej w niniejszym rozdziale „komórką organizacyjną”. Art. 47j.5. Warunkami nadania statusu OECR są: 1) liczba i kwalifikacje personelu medycznego; 2) potencjał diagnostyczno-terapeutyczny; 3) liczba oraz rodzaj wykonywanych procedur medycznych; 4) liczba świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej; 5) Ocena aktywności naukowej związanej z diagnostyką i leczeniem chorób rzadkich.; 6) Prowadzenie kształcenia przed i podyplomowego dla lekarzy.	Jest to nadmiarowa regulacja.
Naczelna Rada Lekarska		
art. 1	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, przekazanych przy piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia pana Tomasza Maciejewskiego z dnia 31 października 2025 r. (znak: DLU.0210.12.2024/2025.KS) przedstawia następujące uwagi. <u>Wątpliwości samorządu lekarskiego budzi natomiast zmiana art. 42f ust. 5 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zaproponowana w art. 1 pkt 8 projektu ustawy), polegająca na dodaniu możliwości załączenia do wniosku o wydanie zgody Prezesa NFZ na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym państwie UE lub EOG, odpowiedniej opinii lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim wraz z jej tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego. Przewidziany w projekcie wymóg przedstawienia tłumaczenia na język polski sporządzonego przez tłumacza przysięgłego, należy uznać za nadmiernie wygórowany. W powyższym kontekście należy zwrócić uwagę na art. 42d ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wprost wskazuje, że tłumaczenie dokumentacji załączanej do wniosku o zwrot kosztów leczenia nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.</u>	Uwaga niezasadna Wymóg załączenia tłumaczenia przysięgłego opinii wystawionej przez lekarza z innego państwa UE/EFTA wynika z faktu, iż treść tej opinii zastępować będzie kluczową część wniosku do Prezesa NFZ, wypełnianą przez polskiego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i wyznacza tym samym zakres prowadzonego postępowania administracyjnego. W praktyce obserwuje się, że dostarczane do NFZ tłumaczenia dokumentacji medycznej, co do których nie ma wymogu sporządzenia przez tłumacza przysięgłego, mają niejednokrotnie bardzo niską jakość dowodową - np.

		tłumaczenia wykonane przy użyciu narzędzi automatycznych, tłumaczenia częściowe oraz tłumaczenia, których treść w sposób oczywisty nie odpowiada dokumentom oryginalnym.
	Należy również zwrócić uwagę na techniczną kwestię zapisu zmiany zaproponowanej w art. 1 pkt 13. Dodawany art. 47j ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje, że Warunkami nadania statusu OECR są: 1) liczba i kwalifikacje personelu medycznego; 2) potencjał diagnostyczno-terapeutyczny; 3) liczba oraz rodzaj wykonywanych procedur medycznych; 4) liczba świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej; 5) liczba oraz rodzaj badań klinicznych lub naukowych. Wymienione w sposób ogólny pięć warunków, jakie będą brane pod uwagę przy nadawaniu statusu OECR, stanowi bliżej niedookreślone wymagania, które zostaną dopiero doprecyzowane w drodze rozporządzenia wydawanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie delegacji przewidzianej w ustawie. W związku z tym, brzmienie powyżej przytoczonego przepisu powinno zamiast słów „warunkami nadania statusu OECR są” powinno wskazywać, że „Przy nadawaniu statusu OECR bierze się pod uwagę”. Doprecyzowania wymaga również dodawany art. 47k ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wskazuje, że Minister właściwy do spraw zdrowia nadaje i odmawia nadania statusu OECR w drodze decyzji administracyjnej. Ogólną zasadą prawa administracyjnego jest, że stronami postępowania administracyjnego mogą być jedynie osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej. Jak wskazuje dodawany art. 47j ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – OECR są komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego podmiotu leczniczego. Co do zasady osobowość prawną, która umożliwia bycie stroną postępowania administracyjnego, posiada podmiot leczniczy, natomiast zakład leczniczy, będący jego jednostką organizacyjną, jak i komórka organizacyjna funkcjonująca w strukturze zakładu - nie posiadają osobowości prawnej. W związku z tym, że komórka organizacyjna nie posiada zdolności bycia stroną postępowania administracyjnego, należy doprecyzować, że stroną postępowania o nadanie statusu OECR jest podmiot leczniczy, w ramach którego funkcjonuje OECR jako komórka organizacyjna zakładu leczniczego utworzonego w podmiocie leczniczym.	Uwaga uwzględniona Zaproponowano nowe brzmienie przepisu art. 47j ust. 5. „5. Warunki nadania statusu OECR uwzględniają różnorodność chorób rzadkich i obejmują:” Doprecyzowano przepis o stronie postępowania.
Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym		
Art. 4	W rzeczonyj ustawie słusznie w art. 26 ust. 1 proponuje się również dodanie zdania, zgodnie z którym wybór lekarza lub innego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ma być dokonywany przez kierownika Ośrodka. Nie negując powyższej zmiany oraz w pełni akceptując przedłożony do konsultacji projekt, KOZZD pragnie jedynie zwrócić uwagę, iż w ramach zapowiadanych kompleksowych zmian do ustawy o KOZZD, które w sposób zasadniczy mają zmienić zasady funkcjonowania w Ośrodku, art. 26 ustawy o KOZZD w toku dalszych prac legislacyjnych (w ramach odrębnej od obecnie konsultowanej inicjatywy ustawodawczej) powinien być zmieniony o propozycje, zgodnie z którą po ust. 1 miałby zostać oddany ust. 1a w brzmieniu:	Uwaga nieuwzględniona Propozycje zostały uwzględnione w projekcie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających

	„1a. Osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku nie przysługuje prawo wyboru zatrudnionych w Ośrodku pracowników wykonujących zawód medyczny oraz innych pracowników, których praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2014 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2281).”: Powyższy zapis miałby dotyczyć zakazu wyboru przez osoby umieszczone innych pracowników Ośrodka, co do których pacjenci również zgłaszają niejednokrotnie sprzeciw. Można zatem zastanowić się nad przywróceniem powyższej propozycji. Wartym rozważenia w ramach kompleksowej zmiany ustawy o KOZZD byłoby dodanie kolejnego przepisu po art. 26 ust. 4a ww. ustawy, a mianowicie: „ust. 4b w brzmieniu: „Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 2 i 3, Policja i jednostki Służby Więziennej są obowiązane do udzielania Ośrodkowi pomocy na żądanie kierownika Ośrodka.” Wskazana propozycja ma wymiar praktyczny. W sytuacji bowiem konieczności dowożenia pacjentów do innych podmiotów leczniczych, a w przypadku niektórych schorzeń są to podmioty w znacznej odległości od Ośrodka lub Ośrodka Zamiejscowego w Czersku wydaje się zasadne umożliwienie KOZZD zwracania się do innych służb o udzielenie pomocy. W przypadku zaś świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności i ewentualnej konieczności hospitalizacji pacjentów Ośrodka w rzeczonych podmiotach, pomoc Służby Więziennej byłaby nieoceniona w kontekście sprawowania dozoru nad pacjentem. W pełni podziеляjąc proponowane propozycje w zakresie zmian finansowania leczenia pacjentów KOZZD nie wnosimy uwag do przedłożonego projektu. Przedłożone zaś propozycje dalszych zmian art. 26 ustawy o KOZZD prosimy potraktować jako pomocną sygnalizację kierunku zmian ww. przepisu, która dokonywana będzie w ramach kompleksowej zmiany ustawy o KOZZD. Jednocześnie zapewniamy o chęci aktywnego w uczestniczenia w każdym projekcie dotyczącym Ośrodka.	zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, który ma zostać przesłany do procedowania przez Ministerstwo Sprawiedliwości.
	Wartym rozważenia w ramach kompleksowej zmiany ustawy o KOZZD byłoby dodanie kolejnego przepisu po art. 26 ust. 4a ww. ustawy, a mianowicie: „ust. 4b w brzmieniu: „Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 2 i 3, Policja i jednostki Służby Więziennej są obowiązane do udzielania Ośrodkowi pomocy na żądanie kierownika Ośrodka.” Wskazana propozycja ma wymiar praktyczny. W sytuacji bowiem konieczności dowożenia pacjentów do innych podmiotów leczniczych, a w przypadku niektórych schorzeń są to podmioty w znacznej odległości od Ośrodka lub Ośrodka Zamiejscowego w Czersku wydaje się zasadne umożliwienie KOZZD zwracania się do innych służb o udzielenie pomocy. W przypadku zaś świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności i ewentualnej konieczności hospitalizacji pacjentów Ośrodka w rzeczonych podmiotach, pomoc Służby Więziennej byłaby nieoceniona w kontekście sprawowania dozoru nad pacjentem. W pełni podziеляjąc proponowane propozycje w zakresie zmian finansowania leczenia pacjentów KOZZD nie wnosimy uwag do przedłożonego projektu. Przedłożone zaś propozycje dalszych zmian art. 26 ustawy o KOZZD prosimy potraktować jako pomocną sygnalizację kierunku zmian ww. przepisu, która dokonywana będzie w ramach kompleksowej zmiany ustawy o KOZZD. Jednocześnie zapewniamy o chęci aktywnego w uczestniczenia w każdym projekcie dotyczącym Ośrodka.	Uwaga nieuwzględniona Propozycje zostały uwzględnione w projekcie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, który ma zostać przesłany do procedowania przez Ministerstwo Sprawiedliwości.
Zakład Ubezpieczeń Społecznych		
Art. 1 pkt 20 lit. b (w zakresie dodanego do art. 75 ust. 1c)	Regulacja zawarta w dodawanym ust. 1c do art. 75 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych dotyczy m.in. takiej sytuacji, gdy emeryt albo rencista „w dniu nabycia” emerytury albo renty nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w państwie zamieszkania UE/EFTA/UK, czyli np.: 1) emeryt albo rencista zamieszkały w Polsce nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce „w dniu nabycia” emerytury albo renty, ponieważ np. prowadzi działalność zarobkową w Niemczech i z tytułu tej działalności zarobkowej potrącana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech; 2) emeryt albo rencista zamieszkały w Niemczech nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce „w dniu nabycia” emerytury albo renty, ponieważ np. pracuje w Niemczech albo pobiera emeryturę albo rentę niemiecką i z tego tytułu potrącana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne w Niemczech. Odnosząc się do ww. uregulowania należy zwrócić uwagę na poniższe kwestie: Intencją projektodawcy jest, żeby Zakład wydając decyzję przyznającą emeryturę albo rentę osobie zamieszkałej za granicą w państwie członkowskim UE/EFTA/UK, w chwili wydania takiej decyzji nie zgłaszał tej osoby do ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Zgłoszenie przez Zakład do ubezpieczenia zdrowotnego takiej osoby z tytułu polskiej emerytury albo renty następowaloby po otrzymaniu przez ZUS informacji od klienta o niepodleganiu za granicą w państwie UE/EFTA/UK ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu systemu ubezpieczeń tego państwa emerytury lub renty. Zgodnie z ogólnymi regulacjami ZUS przyznaje emeryturę lub rentę od dnia spełnienia warunków nabycia prawa do świadczenia, nie wcześniej jednak niż od miesiąca, w którym złożony został wniosek o świadczenie. Po wydaniu decyzji w sprawie świadczenia ZUS wypłaca je niezwłocznie - nie czeka z wypłatą na uprawomocnienie się decyzji o przyznaniu	Uwagi nieaktualne w związku z rezygnacją ze wskazanego przepisu art. 75 ust. 1c ustawy o świadczeniach. Zgodnie z propozycją NFZ w miejsce tego rozwiązania zaproponowano zmianę w art. 77 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, w wyniku której ZUS i inne zakłady emerytalne zostaną zobligowane do zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, do jednoznacznie wskazanego w projektowanym przepisie oddziału wojewódzkiego NFZ, każdej osoby uzyskującej emeryturę lub rentę, niezależnie od posiadania miejsca

świadczenia. Ponieważ postępowanie w sprawie świadczenia, zwłaszcza w przypadku uwzględniania również innych niż polskie okresów ubezpieczenia, może trwać kilka miesięcy – pierwsze świadczenie wypłacane jest z wyrównaniem. W związku z tym na gruncie projektowanego przepisu będą występowały przypadki, w których ZUS wyda decyzję przyznającą emeryturę albo rentę i wypłaci świadczenie za okres wsteczny z wyrównaniem i nie potrącił składek na ubezpieczenie zdrowotne z wyrównania emerytury albo renty, ponieważ klient ma 14 dni od dnia „otrzymania” decyzji na poinformowanie ZUS o tym, że nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu za granicą w państwie UE/EFTA/UK (państwa zamieszkania) z tytułu pracy lub pobierania emerytury albo renty w tym państwie. Na przykład: Klient złożył wniosek o emeryturę za pośrednictwem niemieckiej instytucji do ZUS w dniu 10 maja 2027 r., niemiecka instytucja przesłała ten wniosek do ZUS w dniu 1 października 2027 r. ZUS po zakończeniu postępowania wyjaśniającego w sprawie wydał w dniu 2 listopada 2027 r. decyzję przyznającą emeryturę od dnia 1 maja 2027 r. (od miesiąca złożenia wniosku) z wyrównaniem za okres wsteczny od tej daty. ZUS zgodnie z przepisami prawa wypłaca świadczenie niezwłocznie po jego przyznaniu i nie dokonuje potrącenia składek na ubezpieczenie zdrowotne z tego świadczenia i wyrównania (reguła wynikająca z projektowanego przepisu). Zgodnie z projektowanym przepisem klient ma 14 dni od daty „otrzymania” decyzji (np. otrzymanie decyzji 20 listopada 2027 r.) na poinformowanie ZUS o niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu w Niemczech. Zakładamy, że w omawianym przypadku klient poinformował o tym ZUS 1 grudnia 2027 r., a zatem ZUS zgłasza klienta do ubezpieczenia zdrowotnego (nie mamy pewności od jakiej daty) i rozpoczyna pobieranie składek na ubezpieczenie zdrowotne od pierwszego technicznie możliwego terminu tj. np. 1 stycznia 2028 r. Zgodnie z projektowaną ustawą ZUS nie będzie mógł dochodzić składek na ubezpieczenie zdrowotne za okres wsteczny od 1 maja 2027 r. (tj. od dnia nabycia prawa do emerytury) do dnia 31 grudnia 2027 r. Przykładowo jeśli przyznana została emerytura w kwocie 2000 zł to z wypłaconego wyrównania za maj-listopad 2027 r. w kwocie 14 000 tys. zł nie zostanie potrącona składana ubezpieczenie zdrowotne w kwocie 1260 zł i za grudzień w kwocie 180 zł. W przypadku przyjęcia rozwiązania, że składka zdrowotna ma być pobierana w sytuacji, gdy klient dopełnił obowiązku informacyjnego od dnia przyznania świadczenia lub niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu w innym państwie, wówczas klient miałby 3 / 16 niedopłatę za okres gdy składka nie była potrącana, czyli w omawianym przykładzie byłaby to kwota 1440 zł. Projektowany przepis wskazuje termin 14 dni „od dnia nabycia” prawa do emerytury lub renty, jednak należy zwrócić uwagę, że w Polsce (ale i w innych państwach UE/EFTA/UK) osoba nabywa prawo do emerytury albo renty po spełnieniu warunków ustawowych (<i>in abstracto</i>) a po złożeniu przez taką osobę wniosku o świadczenie organ rentowy jedynie konkretyzuje to prawo, przyznając świadczenie w drodze decyzji deklaratoryjnej. Zatem od daty nabycia prawa do emerytury albo renty (spełnienie warunków ustawowych) należy odróżnić datę wydania decyzji przyznającej świadczenie i jej uprawomocnienie się. Wątpliwości zatem budzi sformułowanie, że na emerycie albo renciście spoczywa obowiązek poinformowania w terminie 14 dni „od dnia nabycia” prawa do emerytury albo renty, czyli np. jeszcze przed wydaniem decyzji w sprawie emerytury czy też nawet przed złożeniem wniosku o emeryturę. Poza tym prawo do emerytury może zostać decyzją przyznane, ale zawieszone ze względu na np. kontynuowanie stosunku pracy za granicą. Należy także zwrócić uwagę, że na gruncie projektowanej ustawy także przyjęcie terminu 14 dni od dnia „otrzymania” decyzji przez klienta spowoduje wzrost kosztów obsługi świadczeń (wzrost kosztów związanych z wysyłką decyzji do klientów). Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych ZUS wysyła klientom (w tym zamieszkałym za granicą) decyzje w sprawie świadczenia listem zwykłym, a nie za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. ZUS nie dysponuje zatem dowodem doręczenia decyzji w tej sprawie ani informacją o dacie doręczenia takiej decyzji. Po wejściu w życie projektowanego przepisu ZUS do celów NFZ będzie musiał zatem doręczać osobom zamieszkałym za granicą w państwie UE/EFTA/UK decyzję w za potwierdzeniem odbioru, co będzie rodzić znaczne koszty dla ZUS. ZUS będzie zobowiązany w	zamieszkania w innym państwie UE/ EFTA.
--	--

	takich przypadkach posiadać informację o dacie doręczenia decyzji klientowi, aby dokonać oceny, czy klient w wymaganym terminie 14 dni od otrzymania decyzji ZUS dopełnił obowiązku informacyjnego z projektowanego przepisu. W praktyce obecnie zdarzają się przypadki, że ZUS wysyłał przesyłkę za granicę za potwierdzeniem odbioru, ale nie otrzymał zwrotnego potwierdzenia odbioru (tzw. zwrotki). Należy zwrócić uwagę, że w odniesieniu do przesyłek wysyłanych za granicę za zwrotnym potwierdzeniem odbioru nie występuje instytucja tzw. doręczenia zastępczego, co oznacza, że w sytuacji gdy ZUS nie otrzyma tzw. zwrotki, nie będzie miał możliwości dokonania oceny w jakiej dacie w danym przypadku doręczona została przesyłka za granicę do państwa UE/EFTA/UK. Nie jest jednoznaczne, czy zamysłem projektodawcy jest, aby ww. uregulowanie dotyczyło nie tylko osób zamieszkałych za granicą w UE/EFTA/UK, ale również osób zamieszkałych w Polsce. Wątpliwości budzi normowanie sytuacji obu grup podmiotów w jednej normie. Konstrukcja przepisu jest wówczas wadliwa, np. wynikałoby z niego, że osoba, która mieszka w Polsce i nie ma prawa do polskiej emerytury z ZUS. W projektowanym przepisie użyto pojęcia „emerytury lub renty” natomiast, zgodnie z art. 5 pkt 20 lit. d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych, pojęcie „osoba pobierająca emeryturę lub rentę”, to m. in. osoba pobierająca emeryturę lub rentę z zagranicy. Niejednoznaczne jest, czy w myśl art. 75 ust. 1c pod pojęciem emerytury lub renty należy rozumieć także „emerytury lub renty z zagranicy” – wydaje się, że nie taka była intencja projektodawcy. Obecnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami dla emeryta/rencisty zamieszkałego za granicą w państwie UE/EFTA/UK, właściwy jest Oddział Wojewódzki NFZ „wybrany” przez tego emeryta/rencistę. Po otrzymaniu, zgodnie z projektowanymi przepisami, informacji od klienta, że klient nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu za granicą w państwie UE/EFTA/UK (państwie zamieszkania), ZUS będzie zobowiązany zgłosić klienta do ubezpieczenia zdrowotnego, ale może nie posiadać informacji, który OW NFZ klient „wybrał”. W takim przypadku ZUS, przed zgłoszeniem klienta do ubezpieczenia zdrowotnego, będzie zobowiązany przeprowadzić postępowanie wyjaśniające z klientem, co może być długotrwałe i rodzić niedopłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne w tym okresie. Proponuję rozważyć, czy w odniesieniu do takich przypadków projektowana ustawa nie powinna przewidywać, że w razie braku informacji od klienta o „wybranym” OW NFZ, oddział ZUS wypłacający świadczenie dokonuje zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego do OW NFZ np. właściwego dla siedziby tego oddziału ZUS. Na gruncie rozporządzenia (WE) nr 883/2004 mogą wystąpić przypadki, w których klient mieszka za granicą w państwie członkowskim UE/EFTA/UK i nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w tym państwie, a otrzymuje zagraniczną emeryturę lub rentę z innego państwa UE/EFTA/UK i podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w tym państwie, a nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce z tytułu pobieranej emerytury albo renty, np. klient mieszka w Niemczech i pobiera emeryturę tylko z Polski i Austrii. Osoba taka może podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu w Austrii. Projektowany przepis nie odnosi się do takich przypadków. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że na podstawie zagranicznych ustawodawstw niektórych państw UE/EFTA/UK nie każdy rodzaj działalności zarobkowej w tym państwie czy pobieranie emerytury lub renty z tego państwa rodzi tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w tym państwie. Klient zamieszkały za granicą w UE/EFTA/UK do celów realizacji obowiązku informacyjnego z projektowanego przepisu będzie zatem musiał posiadać wiedzę, czy w jego przypadku dany tytuł działalności zarobkowej za granicą w państwie UE/EFTA/UK czy też zagraniczna emerytura/renta pobierana z państwa UE/EFTA/UK rodzą obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego w państwie jego zamieszkania. Projektowane uregulowanie nie rozwiązuje kwestii emerytów i rencistów zamieszkałych za granicą w państwie UE/EFTA/UK, którzy obecnie nie są zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego za granicą w tym państwie ani w ZUS z tytułu pobierania polskiej emerytury albo renty. Brak jest przepisów przejściowych regulujących stany faktyczne, które zaistniały przed wejściem w życie ustawy. Projektowany przepis zakłada, że emeryci i renciści ZUS będą posiadali wiedzę o obowiązku informacyjnym na nich ciążyącym, o który mowa w projektowanym przepisie. Pomimo pouczenia przekazanego przez ZUS o ciążyącym na świadczeniobiorcy	
--	---	--

	obowiązku informacyjnym, bez wątpienia wystąpią w praktyce przypadki nie wywiązania się świadczeniobiorców z obowiązku informacyjnego (klient może niewłaściwie ocenić swoją sytuację w zakresie ubezpieczenia w państwie zamieszkania). W takich sytuacjach, za dłuższe okresy mogą powstawać wysokie kwoty nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne z tytułu emerytury lub renty. Dla ilustracji dla kwoty emerytury zbliżonej do kwoty najniższego świadczenia za okres 5 lat może powstać niedopłata składek rzędu 10,00 tys. zł. W związku z powyższym w sytuacji, gdy świadczeniobiorca nie prześle do ZUS żadnej informacji w tym zakresie w określonym terminie zasadne jest, aby ZUS informował określony OW NFZ (np. właściwy ze względu na siedzibę oddziału ZUS) o przyznaniu emerytury albo renty osobie zamieszkałej za granicą w państwie członkowskim UE/EFTA/UK – w celu ustalenia przez NFZ ustawodawstwa właściwego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.	
Art. 1 pkt 20 lit. b projektu (w zakresie dodanego do art. 75 ust. 1d)	Uregulowanie zawarte w ust. 1d dotyczy m.in. takiej sytuacji, gdy emeryt albo rencista „po dniu nabycia” emerytury/renty został wyrejestrowany z ubezpieczenia zdrowotnego w państwie zamieszkania UE/EFTA/UK, czyli np.: 1) emeryt albo rencista zamieszkały w Polsce pobiera emeryturę lub rentę z tytułu której nie jest opłacana składka na ubezpieczenie zdrowotne w Polsce, ponieważ podjął działalność zarobkową w Niemczech; i następnie 2) ww. emeryt albo rencista zaprzestał działalności zarobkowej w Niemczech i w ciągu 14 dni ma obowiązek zawiadomić ZUS, że nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w Niemczech. Projektowany przepis nie uwzględnia przypadków, w których świadczeniobiorca został wyrejestrowany z ubezpieczenia zdrowotnego za granicą nie tylko z powodu zaprzestania działalności zarobkowej, ale też np. ze względu na ustanie prawa do zagranicznej renty inwalidzkiej, renty rodzinnej. Dodatkowo, ponownie wskazujemy, że dodane do art. 75 ustawy zdrowotnej ust. 1c oraz 1d należy uspoźnić poprzez wskazanie, kiedy w przepisach tych chodzi o „polską emeryturę lub rentę” oraz „emeryturę lub rentę”, ponieważ sformułowania obu nowododawanych przepisów mogą powodować wątpliwości interpretacyjne, czy chodzi o dzień nabycia prawa do emerytury lub renty od polskiego organu rentowego, czy też o nabycie takiego prawa na podstawie przepisów ustawodawstwa Państwa innego niż Rzeczpospolita Polska.	Uwaga uwzględniona Omawiany przepis został doprecyzowany.
Art. 1 pkt 21 lit. a	W praktyce zdarza się, że rozliczenie roczne składane jest przez płatnika składek z opóźnieniem. Nieterminowe złożenie rozliczenia rocznego może powodować, że Zakład nie będzie w stanie wywiązać się z obowiązku dokonania zwrotu z urzędu. Proponujemy zatem rozważenie nadania ust. 2m następującego brzmienia, a następnie dokonanie dalszych zmian w projekcie: „2m. Zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 2i, o ile przekracza ona dziesięciokrotność kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, dokonuje z urzędu Zakład Ubezpieczeń Społecznych pod warunkiem złożenia rozliczenia rocznego przez płatnika składek w terminie na złożenie dokumentu, o którym mowa w ust. 2ka.”. <u>Zaproponowany przepis wymagany jest do efektywnego wdrożenia procedury zwrotu z urzędu.</u>	Uwaga uwzględniona
Art. 1 pkt 21 lit. b i c	Jeżeli zwrot nadpłaty z tytułu rocznego rozliczenia składki zdrowotnej ma odbywać się z urzędu, nie jest zasadne utrzymywanie możliwości zwrotu na wniosek w żadnym przypadku. Zakład prowadzi Centralny Rejestr Płatników Składek, który zawiera m.in. numery rachunków bankowych płatnika składek. Na potrzeby rozliczeń z Zakładem płatnik składek powinien przekazać przynajmniej jeden aktywny numer rachunku bankowego. Proponuje się zatem następujące brzmienie ust. 2ma: „2ma. W przypadku, gdy płatnik składek złożył rozliczenie roczne po terminie na złożenie dokumentu, o którym mowa w ust. 2ka, albo w Zakładzie nie został zewidencjonowany numer rachunku bankowego płatnika składek albo rachunek bankowy płatnika składek, na który Zakład przekazał zwrot kwoty, o której mowa w ust. 2i jest nieaktywny, ust. 2qa stosuje się.”. Powyższa propozycja uzasadniona jest ekonomią postępowania oraz brakiem uzasadnienia ponoszenia przez Zakład kosztów zmian w systemach informatycznych, dostosowujących proces zwrotu nadpłat do projektowanego stanu prawnego (zwrotu	Uwaga uwzględniona

	zarówno z urzędu, jak i na wniosek). W przypadku braku zewidencjonowania w Zakładzie rachunku bankowego, albo gdy rachunek zapisany w ewidencji ZUS jest nieaktywny, zasadne jest przeksięgowanie kwoty nadpłaty na konto płatnika składek, z którego na ogólnych zasadach płatnik składek uprawniony będzie do uzyskania zwrotu środków po zewidencjonowaniu w Zakładzie aktualnego numeru rachunku bankowego. Przyjęcie przedmiotowej uwagi wymagać będzie uchYLENIA ust. 2n-2p w art. 81.	
Art. 1 pkt 21 lit. d	Jeżeli kwota zwrotu nadpłaty przekroczy dziesięciokrotność kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, przy jednoczesnym wystąpieniu zaległości na koncie płatnika składek z tytułu składek pobieranych przez Zakład lub zaległości z tytułu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek, w pierwszej kolejności kwota nadpłaty zostanie zaliczona na poczet tych zaległości. Przyjmujemy, że jeżeli po zaliczeniu nadal pozostaną środki, to zależnie od ich wysokości (przekraczającej albo nieprzekraczającej dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji), zostaną one zwrócone płatnikowi składek (ust. 2q) albo rozliczone na koncie płatnika składek (ust. 2qa). Przepisy powinny wprost regulować sytuację, gdy nadpłata nie przekracza dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, a płatnik składek ma zaległość z tytułu składek lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany. W obecnym stanie prawnym Zakład realizuje zwrot nadpłaty z tytułu rocznego rozliczenia składki zdrowotnej, podczas gdy za lata wcześniejsze istnieje prawdopodobieństwo powstania u tego samego płatnika składek zobowiązania do zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w art. 81 ust. 2i (art. 81 ust. 2x). Zasadne jest, aby kwoty te były wzajemnie rozliczane. Konieczne jest umożliwienie zaspakajania należności, o których mowa w art. 81 ust. 2x, nienależnie opłaconymi składkami. Obecnie Zakład dochodzi należności z tytułu zwrotu nie uwzględniając nadpłaty na koncie płatnika składek z tytułu nienależnie opłaconych składek – zasadna jest zmiana tej praktyki. Proponuje się wyeliminowanie nadmiarowego nakładu pracy Zakładu oraz ograniczenie narastania odsetek za zwłokę do czasu przymusowego odzyskania należności. Zasadne jest, aby kwoty te podlegały wzajemnej kompensacie. W celu efektywniejszej realizacji obowiązków Zakładu proponujemy zmienić brzmienie ust. 2q oraz ust. 2x w art. 81. Dodatkowo wymagana jest zmiana brzmienia art. 24 ust. 6a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, umożliwiającą dokonywanie opisanych powyżej kompensat. Proponuje się nadanie omówionym przepisom następującego brzmienia: „2q. Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonuje zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 2i, o ile przekracza ona dziesięciokrotność kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, pod warunkiem braku zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, zaległości na koncie płatnika składek z tytułu składek pobieranych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub zaległości z tytułu nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek. W przypadku wystąpienia zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, składek lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek, kwota zwrotu podlega zaliczeniu na poczet tych zaległości. 2qa. W przypadku, gdy kwota, o której mowa w ust. 2i, nie przekracza dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, przy jednoczesnym braku zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, składek lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek, kwota zwrotu podlega rozliczeniu na koncie płatnika składek do końca roku, w którym upływa termin na złożenie zeznania, o którym mowa w art. 45 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych. Do rozliczonej na koncie płatnika kwoty zwrotu stosuje się odpowiednio zasady określone w art. 24 ustawy z dnia 13	Uwaga uwzględniona

	października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. W przypadku wystąpienia zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, składek lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek, kwota zwrotu podlega zaliczeniu na poczet tych zaległości. 2x. W przypadku stwierdzenia, że płatnik składek wprowadził Zakład Ubezpieczeń Społecznych w błąd, jest on zobowiązany do zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, w terminie 30 dni od dnia uprawomocnienia się decyzji o obowiązku opłacenia należności. Do zwrotu należności stosuje się odpowiednio przepisy art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych dotyczące zwrotu nienależnie pobranych świadczeń. Na poczet zwrotu należności zaliczane są nienależnie opłacone składki na zasadach określonych w art. 24 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.”. Propozycja zmiany w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w art. 24 ust. 6a otrzymuje brzmienie: „6a. Nienależnie opłacone składki podlegają zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet należności, o których mowa w art. 81 ust. 2x ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), a w razie ich braku – na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek, z zastrzeżeniem ust. 6c, 8 i 8d.”.	
Art. 2	Propozycja przepisu, polegająca na dodaniu w art. 50 w ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nowego uprawnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) do otrzymywania danych z ZUS wskazuje na formułę udostępnień za pomocą wniosków. Aktualnie za pomocą wniosków możliwe jest zapytanie instytucji o jeden podmiot, a Zakład udostępnia dane w ramach tego jednego podmiotu. Zauważamy, że tryb wnioskowy nie jest optymalnym rozwiązaniem dla ZUS z uwagi na to, że wymaga on ręcznej obsługi wniosków, co wiąże się ze zwiększeniem pracochłonności po stronie Zakładu. Uwzględniając powyższe rekomendujemy zapewnienie Zakładowi możliwości zbudowania usług automatycznej wymiany danych (i zastosowanie analogicznej konstrukcji do NFZ). Przedstawiona propozycja zmiany brzmienia przepisu art. 50 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wymaga dodatkowego uzupełnienia o wskazanie: 1) zakresu danych; 2) celu pozyskiwania danych; 3) warunków technicznych i organizacyjnych oraz formy bezwnioskowej pozyskiwania danych poprzez systemy teleinformatyczne Zakładu oraz Ministra Zdrowia. Dodatkowo ponownie proponujemy wprowadzenie do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przepisów zapewniających możliwość pozyskiwania określonych danych przez Zakład bez konieczności każdorazowego składania wniosku o udostępnienie danych z zasobów baz danych prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i organy podległe. Pozyskiwanie danych odbywałoby się w drodze indywidualnych zapytań składanych przy wykorzystaniu systemowej wymiany danych pomiędzy systemami informatycznymi NFZ oraz Zakładu. Obszerne uzasadnienie proponowanych zmian Zakład przekazał do Ministerstwa Zdrowia przy piśmie z dnia 3 października 2025 r., znak: 91100.0230.143.2025.MC. Projekt stosownych przepisów przekazujemy ponownie w załączeniu.	Uwaga w części dodania Ministra Zdrowia uwzględniona W art. 50 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych dodano ust. 18a umożliwiający udostępnianie danych dotyczących płatnika składek ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. W pozostałym zakresie uwaga nieuwzględniona.
Art. 3	Projektodawca proponuje dodanie do art. 139 w ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych pkt 11. Przepis ten rozszerza katalog należności podlegających potrąceniu ze świadczeń emerytalno-rentowych, dodając do niego nieopłacone należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, w przypadku gdy zaległość w	Uwaga częściowo uwzględniona

opłacaniu tych składek powstała w wyniku niedopełnienia przez osobę, która ma ustalone prawo do emerytury lub renty, ma miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA i nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie przepisów tego państwa, poinformowania o tym fakcie polskiego organu rentowego. Obowiązujący art. 139 ust. 1 pkt 2c ustawy emerytalnej stanowi, że ze świadczeń pieniężnych określonych w ustawie – po odliczeniu składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz zaliczki i innych należności z tytułu podatku dochodowego od osób fizycznych – podlegają potrąceniu, z uwzględnieniem art. 141, (...) nieopłacone należności z tytułu składek, o których mowa w art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, do których poboru jest obowiązany Zakład. Proponujemy rozważenie dodania projektowanego brzmienia przepisu jako pkt 2ca w ust. 1 w art. 139, zamiast pkt 11: „2ca) nieopłacone należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, w przypadku gdy zaległość w opłacaniu tych składek powstała w wyniku niedopełnienia przez osobę pobierającą emeryturę lub rentę obowiązku określonego w art. 75 ust. 1c lub 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”. Zaproponowane w projekcie umiejscowienie ww. potrącenia w hierarchii potrąceń jako pkt 11, wymagałoby nowelizacji także art. 140 ust. 4 i ust. 6a oraz art. 143 ustawy emerytalnej. Wskazać należy, że zgodnie z uzasadnieniem do projektowanej ustawy celem projektodawcy jest „dodanie przepisu upoważniającego ZUS do potrącania z emerytury lub renty nieopłaconych należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, w przypadku gdy zaległość w opłacaniu tych składek powstała w wyniku niedopełnienia przez osobę pobierającą emeryturę lub rentę wprowadzanego na mocy projektowanej ustawy obowiązku informowania organu emerytalnego”. Przepis ten będzie miał zastosowanie także do emerytur i rent wypłacanych na podstawie innych ustaw, które w zakresie potrąceń z emerytury lub renty odsyłają do ustawy emerytalnej. Proponowana zmiana w art. 141 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy jest konsekwencją projektowanej zmiany w art. 139. Jeżeli jednak zamiarem projektodawcy byłoby umożliwienie bezegzekucyjnego potrącania tych nieopłaconych należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, to te należności powinny być potrącane po nieopłaconych należnościach z tytułu składek, o których mowa w art. 24 ust. 2 ustawy z dnia o systemie ubezpieczeń społecznych, do których poboru jest obowiązany Zakład, czyli jako nowododany w art. 139 ust.1 pkt 2ca ustawy emerytalnej. Zamieszczenie projektowanego potrącenia w trybie bezegzekucyjnym na końcu przepisu art. 139 ust. 1 ustawy emerytalnej, jako pkt 11, nie uzasadnia zastosowania, jako kwoty wolnej od potrąceń i egzekucji, kwoty określonej w art. 141 ust. 1 pkt 2 ustawy emerytalnej, gdyż kwota ta odnosi się do potrąceń należności egzekwowanych, na co wskazuje brzmienie „wraz z kosztami i opłatami egzekucyjnymi”. Przepis art. 141 ust. 1 pkt 2 ustawy emerytalnej w zaproponowanej formie nie może być stosowany jednocześnie dla potrąceń w trybie egzekucyjnym i bezegzekucyjnym, gdyż w przypadku tych drugich nie występują koszty i opłaty egzekucyjne. W przypadku uwzględnienia propozycji zmiany umiejscowienia projektowanego potrącenia w hierarchii potrąceń z pkt 11 na pkt 2ca, nie byłaby konieczna zmiana zaproponowana w art. 141 ust. 1 pkt 2 ustawy emerytalnej, gdyż odpowiednie zastosowanie znalazłby art. 141 ust. 1 pkt. 3 ustawy emerytalnej, bez konieczności jego nowelizacji, ponieważ posiada on brzmienie „,3) 660 zł – przy potrącaniu należności, o których mowa w art. 139 ust. 1 pkt 1-2d i 6-9;”. Konsekwentnie, nie byłyby też wymagane zmiany w art. 140 ust. 4 i 6a, ani w art. 143 ustawy emerytalnej. Następstwem umiejscowienia omawianej zmiany w proponowanym pkt 2ca byłyby także brak konieczności nowelizacji art. 141 ust. 1 pkt 2 ustawy emerytalnej, wskazanej w art. 3 pkt 2 projektu. W projekcie i uzasadnieniu brak jest ponadto regulacji rozstrzygających, na podstawie jakiego dokumentu będzie realizowane potrącenie oraz w jakim trybie będzie ustalana zaległość.	Omawiany przepis został oznaczony jako pkt 2ca w art. 139 ust. 1 ustawy emeryturach i rentach, zgodnie z propozycją ZUS. Brak jest natomiast uzasadnienia dla określania w ustawie dokumentów, na podstawie których będzie dokonywane potrącenie zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz trybu takiego potrącenia. Powinny być w tym zakresie stosowane analogiczne zasady jak w przypadku dokonywania potrąceń innych należności z tytułu nieopłaconych składek, zgodnie z art. 139 ust. 1 pkt 2c.
---	---

	Obecnie Zakład przekazuje zbiorczą informację o osobach objętych ubezpieczeniem zdrowotnym oraz o łącznej kwocie należnej składki (bez podawania indywidualnej kwoty składki). W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego za okres wsteczny nie następuje naliczenie zaległej składki. Potrącenie składki jest realizowane dopiero od bieżącej wypłaty.	
Uwaga ogólna	Proponuje się ponadto, aby w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych (do której odsyła art. 93 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych): 1) wprowadzić uregulowanie (w sytuacji gdy świadczeniobiorca dopełnił obowiązku informacyjnego i w sytuacji gdy nie dopełnił tego obowiązku), z którego wynikać będzie wyraźnie, od kiedy ZUS powinien zgłaszać emeryta/rencistę do ubezpieczenia zdrowotnego i rozpoczynać dokonywanie poboru składek na ubezpieczenie zdrowotne w przypadku osób zamieszkałych za granicą w państwie UE/EFTA/UK (np. czy dokonywać potrącenia poboru składek od pierwszego technicznie możliwego terminu płatności emerytury/renty po otrzymaniu informacji od klienta o niepodleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z działalności zarobkowej za granicą w państwie UE/EFTA/UK lub niepobieraniu emerytury/renty w tym państwie), oraz 2) wprowadzić uregulowanie, z którego wprost będzie wynikało, w jakich przypadkach i za jaki okres ZUS może dochodzić od klienta nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne na gruncie projektowanych przepisów.	Uwaga niezasadna Data wskazana w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego powinna pokrywać się z datą od której dana osoba, podlegała polskiemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z mocy prawa, tj. zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu przepisów o koordynacji. W przypadku gdy zachodzą wątpliwości co do tego w którym momencie taka osoba zaczęła podlegać polskiemu ustawodawstwu w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, organem właściwym do ustalenia tej okoliczności jest Prezes NFZ, działający na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach.
Uwaga ogólna	Dodatkowo, wskazane w projektowanym art. 3 należności, na podstawie art. 66a ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa będą mogły podlegać potrąceniu także ze świadczeń krótkoterminowych. W opinii Zakładu powyższy przepis, dotyczący możliwości dokonywania potrąceń należności z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne ze świadczeń krótkoterminowych, będzie miał zastosowanie niezwykle rzadko. Osoby mające ustalone prawo do emerytury lub renty nie podlegają bowiem ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu otrzymywanej emerytury lub renty. Osoby takie mogą podlegać ubezpieczeniu chorobowemu w określonych sytuacjach, np. jako osoby zatrudnione lub prowadzące działalność gospodarczą. Art. 3 w związku z art. 1 pkt 20 lit. 1c i 1d projektu ustawy, dotyczy osób mających miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA. Wydaje się mało prawdopodobne, że osoba mająca ustalone prawo do emerytury lub renty, mająca miejsce zamieszkania za granicą, podejmie działalność zarobkową, w związku z którą będzie objęta polskim ustawodawstwem i z tytułu tej działalności będzie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, a tym samym będzie mogła nabyć prawo do świadczeń. Nie wydaje się zasadne tworzenie przepisu umożliwiającego potrącanie należności z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne ze świadczeń krótkoterminowych nielicznym osobom, które spełniły opisane powyżej warunki. Proponuję zatem wskazanie w projektowanym art. 139 ust. 1 pkt 11, że nie ma on zastosowania do świadczeń przyznawanych na podstawie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.	Uwaga niezasadna Ta uwaga jest w istocie niezrozumiała, ponieważ art. 3 projektu wprowadza przepis dotyczący potrącania zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne ze świadczeń emerytalno-rentowych a nie ze świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Poza tym już samo sformułowanie zawarte w dodawanym przepisie art. 139 ust. 1 pkt 2ca nie pozostawia wątpliwości, że może

		on dotyczyć wyłącznie potrącania należności wynikających z zaległych składek z emerytury lub renty a nie z jakichkolwiek innych świadczeń.
Uwaga ogólna	Ponadto, w celu ewentualnego dokonywania ww. potrąceń, w projekcie ustawy należy wskazać: 1) organ, który będzie w tym wypadku odpowiedzialny za skierowanie należności do potrącenia i wystawienie zajęcia egzekucyjnego; 2) w przypadku zbiegu potrąceń z kilku tytułów – czy potrącenie należności z tytułu nieopłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne będzie uczestniczyć w zbiegu z innymi potrąceniami i w jakiej kolejności będą realizowane; 3) czy zajęcie będzie wchodziło w skład depozytu. W opinii Zakładu powyższe informacje powinny jednoznacznie wynikać z treści ustawy emerytalnej, a w szczególności z jej art. 140. Zauważamy ponadto, że przepis art. 3 pkt 2 projektu ustawy powinien dotyczyć art. 141 ust. 1 pkt 2 ustawy emerytalnej, nie zaś art. 141 pkt 2 tej ustawy. Błąd ten powtarzany jest także w uzasadnieniu projektu.	Uwaga niezasadna Do potrąceń dokonywanych na podstawie dodawanego przepisu (art. 139 ust. 1 pkt 2ca), dokonywanych w trybie bezegzekucyjnym, powinny być w tym zakresie stosowane analogiczne zasady jak w przypadku potrącenia innych należności z tytułu nieopłaconych składek, o którym mowa w art. 139 ust. 1 pkt 2c ustawy o emeryturach i rentach. Pkt 2 w art. 3 projektu został usunięty, zgodnie z propozycją ZUS zawartą w uwadze do art. 3.
Art. 9	Realizacja ww. ustawy wymaga zmian w systemach informatycznych Zakładu. Dla zmian przewidzianych w art. 1 pkt 21 określono datę wejścia w życie na dzień 1 stycznia 2027 r., co byłoby okresem wystarczającym na modyfikację oprogramowania, gdyby ustawa została ogłoszona najpóźniej w I kwartale 2026 r. Ze względu na to, że dopiero rozpoczyna się etap rządowego procesu legislacyjnego, niezbędne jest zabezpieczenie co najmniej 9 miesięcznego okresu vacatio legis. Zmiany zaproponowane w art. 2, dotyczące art. 50 ust. 3 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, mają na celu umożliwienie przekazywania danych zgromadzonych na koncie ubezpieczonego i na koncie płatnika składek ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Taki zapis daje możliwość przekazywania danych w odpowiedzi na pojedyncze, konkretne wnioski, w drodze e-Doręczeń. Jeśli intencją Ministra Zdrowia jest elektroniczna tego procesu, chociażby poprzez składanie elektronicznych wniosków OK-WUD w PUE ZUS, wówczas po stosownym uzupełnieniu zapisów projektu ustawy, wymagany byłby co najmniej 9-miesięczny okres vacatio legis. W przypadku, gdyby zamiarem Ministra Zdrowia było zbudowanie stosownych interfejsów dla wymiany danych, okres vacatio legis powinien być wydłużony do 12 miesięcy. Również realizacja przepisu zaproponowanego w art. 3, upoważniającego Zakład Ubezpieczeń Społecznych do potrącania z emerytury lub renty (jak również ze świadczeń krótkoterminowych) nieopłaconych należności z tytułu składek na ubezpieczenie	Uwaga częściowo uwzględniona

	zdrowotne, wymagałaby zagwarantowania co najmniej 9-miesięcznego okresu vacatio legis, niezbędnego dla modyfikacji systemów informatycznych Zakładu.					
Propozycje przepisów do ewentualnego uwzględnienia w projekcie ustawy	1) Kolejność zaspakajania wierzytelności z nadpłaty rocznego rozliczenia składki zdrowotnej Proponuje się wprowadzenie przepisu potwierdzającego obecnie obowiązującą zasadę przy obsłudze zwrotów z tytułu rocznego rozliczenia składki zdrowotnej, dokonywanych przez Zakład. Zajęciu egzekucyjnemu może podlegać wierzytelność stanowiąca nadpłatę z tytułu rocznego rozliczenia składki zdrowotnej. Dla powstania tej wierzytelności dotychczas niezbędny był wniosek ubezpieczonego o zwrot kwoty różnicy. Wydaje się, że w projektowanym stanie prawnym wierzytelność będzie powstawała po złożeniu przez płatnika składek rozliczenia rocznego składki zdrowotnej (Zakład co do zasady będzie dokonywał zwrotu z urzędu). Obecnie wierzytelność ta nie powstaje, gdy omawiana kwota w myśl art. 81 ust. 2q ustawy zdrowotnej ze względu na wystąpienie zaległości z tytułu składek lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek, podlega zaliczeniu na poczet tych zaległości (wierzytelność może powstać dopiero po zaspokojeniu należności Zakładu). Ta sama zasada powoduje, że w przypadku zaległości w Zakładzie, kwota omawianej nadpłaty w pierwszej kolejności służy ich zaspokojeniu, przed powiększeniem masy majątkowej w upadłości (prawo upadłościowe) albo restrukturyzacji (prawo restrukturyzacyjne). Wymagane jest zatem wprowadzenie przepisu służącego wyeliminowaniu potencjalnych wątpliwości w tym zakresie w przyszłości (art. 81 ust. 2qb) w następującym brzmieniu: „2qb. Kwota, o której mowa w ust. 2i, w pierwszej kolejności podlega zaliczeniu na poczet zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, składek lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych o którym mowa w ust. 2q-2qa, a następnie mogą do niej znaleźć zastosowanie przepisy postępowania egzekucyjnego, restrukturyzacyjnego lub upadłościowego.”. 2) Wyeliminowanie dochodzenia niskich kwot w zakresie zwrotów wypłaconych nadpłat z tytułu rocznego rozliczenia składki zdrowotnej Zobowiązanie do zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w art. 81 ust. 2x, powinno być stosowane, gdy osiąga ona odpowiednią wysokość (jako parametr proponujemy dziesięciokrotność kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, tj. kwotę dojrzałą do egzekucji). W przypadkach niskich kwot, rozliczenia w tym zakresie powodują po stronie Zakładu nadmiarowy, niewspółmierny do efektów nakład pracy. Przyjęcie zasady wydawania decyzji powyżej określonej kwoty pozwoli na zachowanie racjonalności gospodarowania środkami publicznymi i wyeliminuje przypadki, w których obsługa wydania decyzji i przymusowego dochodzenia kwot nią objętych będzie przewyższała kwotę należności. W tych przypadkach należność, o której mowa w art. 81 ust. 2x nie powstanie z uwagi na brak obowiązku po stronie Zakładu do wydania w tym zakresie decyzji. Zasada znajdzie zastosowanie zarówno w przypadku należności, o której mowa w art. 81 ust. 2x, która powstałaby po wejściu przepisu w życie, jak i przed jego wejściem w życie. Proponuję zatem wprowadzenie przepisu w następującym brzmieniu (art. 81 ust. 2xa): „2xa. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie wydaje decyzji, o której mowa w ust. 2x, jeżeli wysokość zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, nie przekracza dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji.”. Z danych Zakładu wynika, że kwoty zwrotów wypłaconych nadpłat z tytułu rocznego rozliczenia składki zdrowotnej, poniżej dziesięciokrotności kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, stanowią niewielką część należności z tego tytułu (ok. 0,34%). Jeszcze mniejszy udział w całościowej kwocie mają należności w wysokości nieprzekraczającej kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji (ok. 0,007%). Poniżej przedstawiam informację o kwocie zasadnych zwrotów wypłaconych nadpłat z tytułu rocznego rozliczenia składki zdrowotnej w rozbiciu na lata, kwoty oraz liczbę spraw: <table><tr><td>Rok</td><td>Razem</td><td>Do 16 zł</td><td>Do 160 zł</td></tr></table>	Rok	Razem	Do 16 zł	Do 160 zł	Ad. 1. Uwaga częściowo uwzględniona. Ad. 2. Uwaga nieuwzględniona. Proponowane rozwiązanie dotyczące braku dochodzenia przez ZUS od płatników składek zwrotów wypłaconych nadpłat z tytułu rocznego rozliczenia składki zdrowotnej, jeśli nie przekraczają one dziesięciokrotności kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, jest niesymetryczne względem rozwiązań przewidzianych w projekcie w art. 81 ust. 2q i 2qa. Ad. 3. Uwaga nieuwzględniona. Przedmiotowa propozycja wykracza znacznie poza zakres procedowanych zmian. Poza tym wymagałaby również skonsultowania z zainteresowanymi podmiotami.
Rok	Razem	Do 16 zł	Do 160 zł			

	Kwota	Liczba spraw	Kwota	Liczba spraw	Kwota	Liczba spraw
2022	29 706 757,61	10 583	1 747,32	1 316	92 488,59	2 475
2023	18 429 839,88	6 181	1433,16	289	65 739,88	1 127
2024	8 333 161,98	2 930	646,25	205	32 183,49	601
Razem	56 469 759,47	19 694	3 826,73	1810	190 411,96	4 203

3) Zmiany porządkujące sposób obsługi decyzji, o których mowa w art. 81 ust. 2u i ust. 2x

Obecne brzmienie przepisu art. 81 ust. 2u wskazuje, że decyzje dotyczące odmowy zwrotu kwoty nadpłaty z tytułu rozliczenia rocznego składki na ubezpieczenie zdrowotne są udostępniane płatnikowi składek w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo kwalifikowaną pieczęcią elektroniczną ZUS. Proponujemy zmianę, mającą na celu umożliwienie opatrzenia decyzji, o której mowa w art. 81 ust. 2u, nadrukiem imienia i nazwiska wraz ze stanowiskiem służbowym osoby upoważnionej do ich wydania, co uprości i przyspieszy proces wydawania decyzji. Rozwiązanie to jest już przewidziane w stosunku do decyzji, postanowień i pism sporządzanych przez Zakład w sprawach zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w art. 81 ust. 2x (art. 81 ust. 2va-2vb). Należy ujednolicić tryb wydawania decyzji, o których mowa w ust. 2u i ust. 2x art. 81, postanowień, zawiadomień, wezwań, informacji i innych pism w tych sprawach oraz usprawnić obsługę odwołań w tego rodzaju sprawach. Proponuję zatem w art. 81:

1) nadanie ust. 2u następującego brzmienia:

„2u. Odmowa zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 2i, następuje w drodze decyzji wydanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.”;

2) w ust. 2v po zdaniu drugim dodanie zdania trzeciego i czwartego w brzmieniu:

„Zakład wraz z odwołaniem przekazuje do sądu akta sprawy w postaci wydruków z systemu teleinformatycznego. Wydruki zastępują dokumenty elektroniczne.”;

3) nadanie ust. 2va następującego brzmienia:

„2va. Decyzje, postanowienia, zawiadomienia, wezwania, informacje i inne pisma w sprawach, o których mowa w ust. 2u i ust. 2x Zakład Ubezpieczeń Społecznych może doręczyć w postaci dokumentu elektronicznego na profilu informacyjnym płatnika składek, utworzonym w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Informacja o umieszczeniu na profilu informacyjnym decyzji, postanowienia, zawiadomienia, wezwania, informacji lub innego pisma zostaje przesłana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych płatnikowi składek na wskazany adres poczty elektronicznej lub numer telefonu.”;

4) nadanie ust. 2x następującego brzmienia (propozycja zakłada uwzględnienie uwagi nr II pkt 3):

„2x. W przypadku stwierdzenia, że płatnik składek wprowadził Zakład Ubezpieczeń Społecznych w błąd, jest on zobowiązany do zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, w terminie 30 dni od dnia uprawomocnienia się decyzji o obowiązku opłacenia należności. Do zwrotu należności stosuje się odpowiednio przepisy art. 84 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych dotyczące zwrotu nienależnych pobranych świadczeń. Na poczet zwrotu należności zaliczane są nienależnie opłacone składki na zasadach określonych w art. 24 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Ust. 2v stosuje się odpowiednio.”.

Narodowy Fundusz Zdrowia

art. 1 pkt 7	W art. 42d ustawy o świadczeniach proponuje się dodać art. 42d ust. 4b w następującym brzmieniu: „4b. W przypadku skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, we wniosku o zwrot kosztów podaje się identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4.”	Uwaga uwzględniona
art. 1 pkt 7 lit. e	Zwracam się z prośbą o rozważenie dokonania zmiany projektu ustawy o zmianie w ten sposób, że zmieniany tą ustawą art. 42d ust. 5 pkt 3 w zakresie lit. a i b wejdzie w życie po upływie roku od dnia ogłoszenia ustawy. W przypadku zaistnienia w tym zakresie problemów legislacyjnych proszę o rozważenie uzupełnienia art. 9 projektu ustawy o zmianie poprzez dodanie, że art. 1 pkt 7 lit. e tej ustawy wejdzie w życie po upływie roku od dnia jej ogłoszenia.	Uwaga częściowo uwzględniona W art. 9 projektu ustalono dla art. 1 pkt 7 lit e datę wejścia w życie – 1 kwietnia 2027, tak samo jak dla art. 1 pkt 11.
OSR	W zakresie skutków projektowanych zmian – związanych z wydawaniem decyzji administracyjnych dotyczących refundacji kosztów leczenia oraz z umożliwieniem następczego składania wniosków o wydanie zgody Prezesa NFZ przewidzianej w art. 42f i art. 42i ustawy, które zamiast wypełnienia przez polskiego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego będą zawierały opinie lekarzy z innych państw (UE/EOG/EFTA/Zjednoczonego Królestwa), informuję, że rozwiązanie to prawdopodobnie będzie generowało dodatkowe koszty po stronie NFZ. Powyższe będzie wynikać zarówno z konieczności zapewnienia obsługi zarówno wniosków o refundację rozpatrywanych w trybie administracyjnym, jak również wzrostu liczby wniosków o zgodę Prezesa NFZ, co prawdopodobnie zwiększy koszty pokrywane ze środków Funduszu Medycznego, a w przyszłości może skutkować potrzebą zatrudnienia nowych pracowników.	Uwaga częściowo uwzględniona W OSR projektu zawarto informację nt. skutku finansowego zmiany polegającej na umożliwieniu załączania do wniosku o zgodę na leczenie poza granicami kraju opinii zagranicznego lekarza. Jednocześnie nie uwzględniono wniosku dot. ujęcia w OSR wzrostu kosztów administracyjnych dla NFZ. Nie wydaje się, aby z samego faktu uregulowania procedury refundacji kosztów na poziomie ustawy, zamiast (jak obecnie) na poziomie zarządzenia Prezesa NFZ, wynikały zwiększone koszty rozpatrywania takich wniosków przez NFZ.
art. 1 pkt 11	W zakresie ust. 7 przychylam się do propozycji Ministerstwa Zdrowia dotyczącej wprowadzenia jednego wzoru wniosku o zwrot kosztów/refundację. Jednocześnie, mając na uwadze: - różnice dotyczące rozpatrywania wniosków w obu trybach, w szczególności zakres przysługujących świadczeń, będących przedmiotem wniosku oraz - konieczność potwierdzenia przez Fundusz, że dany koszt pozostaje w związku ze świadczeniem będącym przedmiotem refundacji, wnoszę o: 1) dodanie po ust. 2 ust. 2a w brzmieniu:	Uwaga uwzględniona

	„2a. W przypadku, gdy wniosek o refundację kosztów dotyczy leku, środka specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego, do wniosku dołącza się również kopię recepty, zlecenia lub dokumentacji medycznej, z której wynika, że dane leki, wyroby medyczne lub środki specjalnego przeznaczenia zostały zalecone świadczeniobiorcy przez uprawnioną osobę w państwie pobytu w związku ze świadczeniem, którego dotyczy wniosek.”	
art. 1 pkt 13	W rozdziale 3b Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich w dodanych art. 47l i art. 47m należy dodać również informację o kategorii Europejskiej Sieci Referencyjnej dla Chorób Rzadkich.	Uwaga nieuwzględniona OECR mogą funkcjonować niezależnie od Europejskich Sieci Referencyjnych.
art. 1 pkt 15	W art. 54 proponuję również ust. 4 i 7-9 nadać brzmienie: 1) ust. 4 otrzymuje brzmienie: „4. Decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku leczenia - na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.” 2) ust. 7-9 otrzymują brzmienie: „7. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 1, przysługuje przez okres 180 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest: 1) dzień złożenia wniosku, 2) w przypadku udzielania świadczeń u świadczeniodawcy – dzień udzielenia świadczenia - chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. 8. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, z urzędu przez wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje od dnia określonego w decyzji przez okres 180 dni od tego dnia. 9. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 7 ust. 2, niezwłocznie stwierdza wygaśnięcie decyzji, o której mowa w ust. 1, w przypadku gdy w okresie, o którym mowa w ust. 7 i 8: 1) uchylony 2) w przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 10.”. Wykreślenie sformułowania a w przypadku stanu nagłego pozwoli na składanie wniosku o wydanie decyzji o prawie do świadczeń oraz składanie wniosku o wydanie decyzji przez innych świadczeniodawców niż szpitale, gdyż co do zasady tam są leczone stany nagłe. Pozwoli to na usprawnienie procesu wydawania decyzji osobom przewlekle chorym tak, by w trakcie ich leczenia, w każdym momencie następowała ciągłość prawa do świadczeń. Jednocześnie w art. 54 ust. 7 proponujemy wydłużenie do 180 dni okresu na jaki może być wydana decyzja. Jako konsekwencja powyższej zmiany proponujemy odpowiednią modyfikację ust. 8, tj. zmianę 90 dni na 180 dni. Dodatkowo w ust. 9 proponujemy wykreślenie przepisów obligujących wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy do stwierdzania wygaśnięcia decyzji w przypadku objęcia świadczeniobiorcy ubezpieczeniem zdrowotnym. Kiedy osoba zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z mocy prawa następuje zakończenie prawa do świadczeń na podstawie decyzji z art. 54 ustawy. Wydawanie decyzji potwierdzających takie fakty generuje dodatkową niepotrzebną pracę, zarówno po stronie urzędu wystawiającego decyzję jak i pracownika NFZ, który taką decyzję wygasającą musi wprowadzić do CWU i to pomimo, iż CWU już automatycznie zamknęło technicznie wydaną decyzję, na podstawie otrzymanej informacji o uzyskaniu ubezpieczenia przez	Uwaga nieuwzględniona Do ewentualnego rozważenia przy kolejnej nowelizacji. Uwaga wymaga konsultacji z podmiotami, które będą wydawały taką decyzję.

	świadczeniobiorcę.	
art. 1 pkt 17 lit. a	W art. 66 w ust. 1 proponuję zmienić pkt 20a. Obecnie absolwenci odbywający obowiązkowy staż jak i osoby odbywające kursy języka polskiego podlegają dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu wskazanemu w art. 3 ust. 2 pkt 1 i 4 wobec przewidzianego podlegania przez te osoby ubezpieczeniu obowiązkowemu powinno się odpowiednio zmodyfikować lub uchylić przepisy art. 3 ust. 2 pkt 1 i 4 by skoro podlegają ubezpieczeniu obowiązkowemu nie mogły również podlegać ubezpieczeniu dobrowolnemu.	Uwaga uwzględniona W art. 3 w ust. 1 dodać pkt 3b w brzmieniu: „3b) absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, osoby odbywające kursy języka polskiego lub kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, jeżeli zostali uznani za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadają ważną Kartę Polaka” W art. 3 ust. 2 pkt 1 i 4 muszą uwzględnić pkt 3b z ust. 1.
art. 1 pkt 17 lit. b	W art. 66 w ust. 1 proponuję zmienić pkt 25, w sposób który usuwałaby sformułowanie osoby „niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu”. Powyższa zmiana spowodowałaby, że osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne opłacałyby zawsze składki ze świadczenia lub zasiłku przedemerytalnego niezależnie od istnienia innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, tak jak ma to miejsce w przypadku emerytów, rencistów, pracowników, zleceniobiorców. Przepis mógłby otrzymać np. następujące brzmienie: „osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niespełniające wymogów określonych w art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 421)”;	Uwaga nieuwzględniona
art. 1 pkt 20 lit. b	W art. 75 proponuję wprowadzić taką zmianę, która nakazywałaby zawiadamiać polskie organy emerytalno-rentowe także o późniejszym nabyciu emerytury/renty w innym państwie UE. W Polsce prawo do emerytury nabywa się wcześniej niż w wielu innych państwach UE. Nabycie emerytury w państwie zamieszkania emerytury zmienia właściwość ustawodawstwa z polskiego na ustawodawstwo państwa zamieszkania.	Uwaga niezasadna Nie przedstawiono uzasadnienia dla tej propozycji. Nie wiadomo, jaka miałaby też być praktyczna korzyść z takiego rozwiązania. Polski emeryt mieszkający w innym państwie UE/EFTA z chwilą nabycia prawa do emerytury w państwie

		zamieszkania przechodzi pod jego ustawodawstwo (tj. zostaje objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w tym państwie). Tym samym taka osoba z reguły sama jest zainteresowana w jak najszybszym poinformowaniu ZUS o zaprzestaniu podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce, aby wstrzymać pobieranie składki na to ubezpieczenie przez ZUS/ inny zakład emerytalny w Polsce. W związku z powyższym nałożenie przepisem ustawy proponowanego obowiązku nie służyłoby realizacji żadnego istotnego celu praktycznego, a ponadto nie byłby on możliwy do wyegzekwowania w praktyce (ze względu na brak jakiegokolwiek sankcji za niedopełnienie takiej powinności).
art. 1 pkt 20 lit. b	Nie uwzględniona została zgłaszana uwaga: „Proponowana treść art. 75 ust. 1c i 1d zobowiązujących osoby pobierające emerytury lub renty, które znajdują się w sytuacji transgranicznej do informowania ZUS lub innych organów emerytalnych o okolicznościach decydujących o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty będą obejmowały wyłącznie osoby, które nabędą prawo do świadczeń emerytalno-rentowych już po wejściu w życie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projektowana ustawa nie rozwiązuje jednak problemu tych osób, które podlegają już polskiemu ustawodawstwu z tytułu świadczenia, od którego jednak nie była pobierana składka na ubezpieczenie zdrowotne, a osoba nie była zgłoszona do ubezpieczenia w Polsce.”. Jako uzasadnienie odrzucenia uwagi wskazano, że pobór zaległych składek w przypadku wstecznego zgłoszenia emerytów zamieszkałych za granicą do ubezpieczenia zdrowotnego stanowi niedopuszczalne działanie prawa wstecz. Stanowisko opiera się na założeniu, że obowiązek zapłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne za okres wcześniejszy oznaczałby retroaktywne nałożenie nowego obowiązku składkowego, co narusza konstytucyjną zasadę państwa prawa (art. 2 Konstytucji RP). Założenie to jednak w naszej opinii nie jest właściwe, obowiązek składkowy istniał cały czas i wynikał z obowiązującej ustawy. Osoby pobierające świadczenia emerytalno-rentowe, bez względu na miejsce zamieszkania objęte są obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym (art. 66 ust. 1 pkt 16 ustawy o świadczeniach). Tym samym obowiązek składkowy powstaje z mocy ustawy (art. 67) i jest powiązany z posiadaniem tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego. Brak zgłoszenia z przyczyn administracyjnych nie powoduje ustania obowiązku a jedynie uniemożliwia jego wykonanie. Nie mamy zatem do czynienia z tworzeniem nowego obowiązku wstecz, lecz z wykonywaniem obowiązku istniejącego uprzednio.	Uwaga niezasadna Należy potrzymać stanowisko przedstawione w trakcie uzgodnień wewnętrznych, tj: Możliwość potrącenie składki na ubezpieczenie zdrowotne wstecz, za okres w którym osoba powinna podlegać polskiemu ubezpieczeniu a nie została do niego zgłoszona, może zostać wprowadzony wyłącznie na przyszłość, w odniesieniu do osób, które nie dopełnią wyraźnie określonego w projektowanej ustawie obowiązku informowania zakładu emerytalnego – jako swoista sankcja za naruszenie

	Zatem zakaz <i>lex retro non agit</i> nie ma zastosowania. Brak zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego przez ZUS nie może tworzyć skutku prawnego w postaci anulowania istniejącego obowiązku składowego. Podtrzymujemy zatem wcześniejszą uwagę skierowaną do MZ w tym punkcie.	takiego obowiązku. Tego rodzaju rozwiązanie nie może działać retroaktywnie, gdyż stanowiłoby to naruszenie konstytucyjnej zasady państwa prawnego, z której orzecznictwo TK wywodzi m.in. zasadę zakazu wprowadzania przepisów działających wstecz (takie przepisy są dopuszczalne tylko o ile nie naruszają praw ani nie nakładają ciężarów na obywateli). Podniesiony argument nt. podlegania ubezpieczeniu z mocy prawa nie jest w tym przypadku adekwatny, ponieważ w aktualnym stanie prawnym nie istnieje możliwość potrącenia składki w przypadku wstecznego zgłoszenia emeryta do ubezpieczenia i ta możliwość – ingerująca w oczywisty sposób w interesy jednostek - nie może zostać wprowadzona retroaktywnie, tj. może dotyczyć wyłącznie osób, które nie dopełnią w przyszłości nowego obowiązku informacyjnego nakładanego tą nowelizacją.
art. 1 pkt 20 lit. b	(Uzupełniająca uwaga NFZ zgłoszona w toku dalszych konsultacji) Narodowy Fundusz Zdrowia podziela pogląd, że projektowane przepisy wymagają doprecyzowania w sposób zapewniający objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym jak najszerszej grupy zamieszkałych w państwach członkowskich UE/EFTA/UK emerytów i rencistów, którym przyznano świadczenie z polskiego systemu. Proponujemy zatem rozwiązanie, w którym ZUS z urzędu zgłaszałby do ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce emeryta lub rencistę zamieszkałego za granicą w państwie członkowskim UE/EFTA/UK, w momencie przyznania świadczenia emerytalno-rentowego, chyba że już na etapie wydawania decyzji Zakład dysponowałby wiarygodną informacją, iż dana osoba podlega ustawodawstwu innego państwa członkowskiego. Oddziałem właściwym dla emeryta/rencisty powinien być oddział wojewódzki NFZ, do którego osoba była zgłoszona ostatnio, a jeżeli osoba nie była zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego właściwy oddział NFZ dla siedziby oddziału ZUS lub innego organu przyznającego emeryturę/rentę. Z uwagi na powyższe proponujemy zmianę obecnego brzmienia przepisu art. 77 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach jak poniżej: „Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, zawierają:	Uwaga uwzględniona W projekcie dodano zmianę art. 77 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach w brzmieniu: „1) Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, zawierają wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku jego braku -

	1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu do którego osoba była zgłoszona ostatnio, a jeżeli osoba nie była zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez osobę zgłaszającą do ubezpieczenia zdrowotnego z tym, że dla zgłoszenia emerytów/rencistów właściwy byłby oddział NFZ dla siedziby oddziału ZUS lub innego organu przyznającego emeryturę/rentę;	a) oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, b) w przypadku osoby, która nie miała miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na siedzibę płatnika składek lub jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo jednostki organizacyjnej innego zakładu emerytalnego wypłacającego emeryturę lub rentę.” Jednocześnie usunięto proponowany wcześniej art. 75 ust. 1c ustawy o świadczeniach.
art. 1 pkt 25 lit. a	W art. 112 w ust. 1 proponuję pkt 3 i 4 nadać brzmienie: „3) członkami organów podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej; 4) członkami organów jednostek samorządu terytorialnego;”. Jak zauważa w uzasadnieniu sam projektodawca, zakazy są nieadekwatne do ograniczeń koniecznych z uwagi na interes publiczny, a co za tym idzie wydają się zbyt głęboko ograniczać prawa obywatelskie. Proponuje się, by analogicznie do postulowanego usunięcia zakazu zatrudnienia w podmiocie tworzącym oraz w jednostkach samorządu terytorialnego, zniesiony został zakaz łączenia zatrudnienia w Funduszu ze sprawowaniem mandatu w organach stanowiących jednostek samorządu terytorialnego (rada gminy, rada powiatu, sejmik województwa). Zadania własne JST związane z szeroko rozumianym funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej stanowią jedynie niewielką część kompetencji danej jednostki. Organy stanowiące mają charakter kolegialny, a proces podejmowania decyzji realizowany jest w drodze jawnych głosowań. Należy także zauważyć, że same ustawy o samorządach: gminnym, powiatowym i województwa przewidują, że mandatu radnego nie można łączyć jedynie z mandatem posła lub senatora, wykonywaniem funkcji wojewody lub wicewojewody oraz członkostwem w organie innej JST. Należy przy tym zauważyć, że głównym obowiązkiem radnego jest praca społeczna, a jedynymi świadczeniami pieniężnymi są zwroty kosztów podróży i prawo do diety (inaczej niż w przypadku etatowych organów wykonawczych). W tym stanie faktycznym wydaje się, że samo sprawowanie mandatu radnego, uzyskanego w drodze demokratycznych wyborów od mieszkańców danego regionu, nie stoi w kolizji z zakresem zadań wykonywanych w Narodowym Funduszu Zdrowia.	Uwaga nieuwzględniona

art. 1 pkt 28	W art. 159 proponuję zmienić ust. 2a. Nowelizacja dodaje zdanie: „2a. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, oraz umowy ze świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej, zawiera się na czas nieoznaczony.”, które oznacza możliwość zawierania umów na czas nieoznaczony w przypadku umów z zakresu zaopatrzenia wyroby medyczne. Dążąc do optymalizacji działań i wyjaśnienie wątpliwości związanych z tym: - czy przepis ten należy wprowadzić w stosunku do nowych umów, które będą zawierane w wyniku nowych postępowań? - jak postąpić w przypadku umów, które będą zawarte w dniu wejścia w życie nowelizacji? Zgłaszam potrzebę rozszerzenia zmian i wprowadzenia przepisów przejściowych umożliwiających ustawowe przedłużenie umów na czas nieoznaczony w przypadku wszystkich umów, zawartych na dzień wejścia w życie zmian. Wprowadzenie przepisów przejściowych rozwieje ww. wątpliwości jak i zmniejszy zakres prac po stronie OW NFZ.	Uwaga nieuwzględniona W związku z tym, że przepisy wprowadzają obowiązek zawierania umów na czas nieoznaczony, w dniu wejścia w życie przepisów, toczące się postępowania powinny zostać umorzone, natomiast zawarte w tym dniu umowy powinny być zawarte na czas nieokreślony.
art. 8	Po art. 7 projektu proponuję dodać art. 8 w brzmieniu: „8. Członkowie rodzin zamieszkujący na terenie Polski, którzy byli objęci ubezpieczeniem zdrowotnym na terenie innego niż Polska kraju UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, i powinni być objęci ubezpieczeniem zdrowotnym na terenie Polski, jeżeli nie zostali zgłoszeni do tego ubezpieczenia przez osobę zobowiązaną, zostaną zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez Fundusz na okres, w którym powinni podlegać polskiemu ustawodawstwu, o ile posiada on niezbędne dane.”. W związku z ustaleniami Komisji Administracyjnej, że co do zasady członkowie rodzin zamieszkali w Polsce powinni być zgłoszeni przez rodzica posiadającego ubezpieczenie obowiązkowe na terenie Polski a nie przez rodzica pracującego w innym Państwie UE, powstały przypadki, gdy inne państwa odsyłają wystawione przez Polskę noty o zwrot kosztów leczenia. W powyższym przypadkach, które chcemy uregulować nie istnieje wątpliwość co do kraju ubezpieczenia ani tego, że powyższe osoby powinny podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu w Polsce jako członkowie rodzin na terenie Polski. W związku z powyższym powstaje konieczność „wstecznego” zgłoszenia takich członków rodziny na terenie Polski co nie jest uregulowane prawnie. Jednocześnie część osób zobowiązanych zmarła lub nie istnieją już płatnicy składek. W związku z powyższym w celu uregulowania wstecz takich przypadków proponujemy przyjęcie proponowanej podstawy prawnej.	Uwaga niezasadna Przepis o proponowanej treści dodano w art. 67 ust. 3b ustawy o świadczeniach, zgodnie z propozycją NFZ. Brak uzasadnienia dla powtarzania analogicznej regulacji w przepisach przejściowych projektu.
art. 9	Nie uwzględniono propozycji dotyczącej opóźnienia wejścia w życie art. 42ia. Okres przejściowy jest konieczny z uwagi na potrzebę dostosowania kompetencji jednostki rozpatrującej wnioski oraz struktury organizacyjnej Funduszu do nowego trybu procedowania. Proszę o uwzględnienie tego faktu w brzmieniu art. 9. Objęcie refundacji kosztów leczenia postępowaniem administracyjnym będzie wymagać wieloaspektowej analizy związanej z koniecznością dostosowania zasobów Funduszu do nowych zadań jak również czasu na wdrożenie tych zmian. W szczególności dostosowanie to może obejmować: - zmiany w strukturze organizacyjnej, jeśli w wyniku analizy zostanie podjęta decyzja o przekazaniu realizacji nowych zadań do oddziałów wojewódzkich NFZ (OW NFZ), i w konsekwencji – konieczność dostosowania zasobów osobowych do zwiększonej ilości pracy w OW NFZ lub - zbudowanie nowych kompetencji zespołu oraz jego rozbudowę w przypadku pozostawienia obsługi wniosków w Centrum Usług Wspólnych. Jednocześnie w chwili obecnej trudno przewidzieć, kiedy nowa ustawa wejdzie w życie. Wskazany z niej okres vacatio legis dla objęcia refundacji kosztów leczenia postępowaniem administracyjnym musi być zatem na tyle odległy, aby uwzględnił również ewentualny kilkumiesięczny etap finalnego procedowania zmian.	Uwaga uwzględniona

	Mając powyższe na uwadze, proponuję nadać art. 9 następujące brzmienie: „Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 18, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r. oraz art. 1 pkt 11, który wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2027 r.”.	
OSR	1. Weryfikacji wymaga data wymienionego pisma w sprawie listu nominacyjnego OECR. Powinna być mowa o piśmie z 27 marca 2023 r., znak DLG.4020.3.2023.MN skierowanym do potencjalnych OECR. 2. Brak określenia w OSR skutków finansowych w związku z modyfikacją przepisu art. 97 ust. 3 pkt 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Zmiana art. 97 ust. 3 pkt 2a ustawy o świadczeniach polega na poszerzeniu obowiązku finansowania przez NFZ świadczeń realizowanych osobom umieszczonym w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zruchomieniom Dyssocjalnym udzielonych w okolicznościach wskazanych w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, niezależnie od uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 12 ustawy o świadczeniach. Zauważyć należy, że art. 12 pkt 10 ustawy o świadczeniach także został stosownie zmodyfikowany poprzez dodanie art. 26 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2022 r. poz. 1689). Wobec powyższego w związku z wprowadzeniem obowiązku finansowania świadczeń osób umieszczonych w ww. Ośrodku, w OSR należy oszacować skutki finansowe wprowadzenia ww. zmiany w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.	Ad. 1. Uwaga uwzględniona Ad. 2 Uwaga uwzględniona. OSR uzupełniono o skutki finansowe.
Właściwość terytorialna sądów, przed którymi będą rozpatrywane skargi na decyzje dot. refundacji	W przypadku wniosków o zwrot z dyrektywy sprawy rozpatrywane są przez WSA, na których obszarze właściwości strona skarżąca zamieszkuje – ponieważ zostały wymienione w rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie przekazania rozpoznawania innym wojewódzkim sądom administracyjnym niektórych spraw z zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Sprawy z art. 42ia, co oczywiste, się są uwzględnione w ww. rozporządzeniu. Proszę zatem o rozważenie (i ew. dodanie zasadnych zapisów), czy w kontekście przyszłych spraw wynikających z zaskarżenia decyzji dot. rozpatrywania wniosków o refundację już na obecnym etapie nie powinien się znaleźć w ustawie zapis szczególny dot. właściwości terytorialnej sądów, przy założeniu, że w przyszłości wnioski te mogłyby być rozpatrywane zarówno przez CUW w Gorzowie Wlkp. jak i przez OW. Należy zauważyć, że w projekcie ustawy brak jest przepisów dotyczących właściwości terytorialnej sądów w odniesieniu do spraw dotyczących refundacji. Przy braku regulacji w tym zakresie, stosowane będą przepisy ogólne, tj. w szczególności do rozpoznania spraw właściwy będzie wojewódzki sąd administracyjny, na którego obszarze właściwości siedzibę ma organ administracji publicznej, którego działalność została zaskarżona – czyli Warszawa. Przedmiotowe rozwiązanie odbiegałoby od zasady przyjętej dotychczas dla spraw dotyczących zwrotu kosztów w trybie z art. 42b ustawy o świadczeniach, gdzie zgodnie z rozporządzeniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 listopada 2020 r. w sprawie przekazania rozpoznawania innym wojewódzkim sądom administracyjnym niektórych spraw z zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 1999), zwane dalej „rozporządzeniem Prezydenta RP”, sprawy rozpoznają wojewódzkie sądy administracyjne właściwe dla miejsca zamieszkania strony skarżącej. Z uwagi na fakt, że: - brak jest przesłanek formalnych i merytorycznych do przyjęcia innej zasady dla wskazania sądów właściwych do rozpoznania spraw dotyczących refundacji, a - rozwiązanie przyjęte dla rozpoznania spraw dotyczących zwrotu kosztów w trybie z art. 42b wpisuje się w zasadę urzędów i procedur przyjaznych dla klienta oraz będzie korzystniejsze dla Funduszu w sytuacji, gdy realizacja nowego zadania zostanie powierzona oddziałom wojewódzkim NFZ,	Uwaga niezasadna Podniesiona kwestia właściwości WSA jest materią do uregulowania w ewentualnej nowelizacji rozporządzenia Prezydenta RP.

	proponuję, by w § 1 rozporządzenia Prezydenta RP dodać pkt 4a w brzmieniu: „4a) w sprawach refundacji, o których mowa w art. 42ia ust. 1 ustawy o świadczeniach,”	
Art. 9	Mając zatem na uwadze konieczność opracowania narzędzi informatycznych umożliwiających uzyskiwanie przez pracowników NFZ informacji o wystawionych w formie elektronicznej receptach, w tym receptach transgranicznych oraz e-skierowaniach, zwracam się z uprzejmą prośbą o rozważenie dokonania zmiany projektu ustawy w ten sposób, że zmieniany tą ustawą art. 42d ust. 5 pkt 3 w zakresie lit. a i b wejdzie w życie po upływie roku od dnia ogłoszenia ustawy. W przypadku zaistnienia w tym zakresie problemów legislacyjnych proszę o rozważenie uzupełnienia art. 9 projektu ustawy o zmianie poprzez dodanie, że art. 1 pkt 7 lit. d tej ustawy wejdzie w życie po upływie roku od dnia jej ogłoszenia.	Uwaga częściowo uwzględniona W art. 9 wprowadzono w odniesieniu art. 1 pkt 7 lit e projektu takie samo vacatio legis jak w odniesieniu do art. 1 pkt 11 – tj. wejście w życie z dniem 1 kwietnia 2027 r.
Narodowy Fundusz Zdrowia - uwagi „de lege ferenda”		
	W art. 37 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2025 r. poz. 337, z późn. zm.) proponuję zmienić ust. 1a oraz dodać ust. 2a i 3a: 1) ust. 1a nadać brzmienie: „1a. W przypadku nadania w rejestrze PESEL statusu, o którym mowa w art. 4 ust. 1a, i potwierdzeniu tego przez Fundusz uznaje się, że osobie, której nadano w ten sposób numer PESEL, przysługuje uprawnienie, o którym mowa w ust. 1.”. 2) po ust. 2 dodać ust. 2a w brzmieniu: „2a. W przypadku konieczności leczenia i braku potwierdzenia, o którym mowa w ust. 1a, z wnioskiem, o którym mowa w art. 4 ust. 1, może wystąpić świadczeniodawca udzielający świadczenia opieki zdrowotnej nie później niż 10 dni od dnia rozpoczęcia leczenia.”. W związku bardzo dużą mobilnością osób z Ukrainy i możliwością nadużywania składania oświadczeń przez różne osoby w szczególności Ukraińców, którzy nie spełniają przesłanek do objęcia ich jako prawem do świadczeń jako ofiar konfliktu zbrojnego na terytorium Ukrainy proponujemy by anulować możliwość składania dokumentów i oświadczeń na okoliczność istnienia niepotwierdzonego przez Fundusz prawa do świadczeń dla takich osób. Proponujemy by tylko świadczeniodawca w sytuacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej mógł występować o nadanie nr PESEL ze statusem UKR, świadczeniodawca na podstawie posiadanej wiedzy mógłby wstępnie ocenić, czy zachodzi prawdopodobieństwo nadania osobie statusu UKR; 3) po ust. 3 dodać ust. 3a w brzmieniu: „3a. Przepisów art. 50 ust. 16 i 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2023 r. poz. 103, z 2022 r. poz. 2600 oraz z 2023 r. poz. 185 i 547) w przypadku złożenia: a) dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, b) oświadczenia o przysługującym prawie.”. Jednocześnie w przypadku przyjęcia zmian konieczne byłoby wykreślenie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 4 marca 2021 r. (Dz. U.	W związku z uchwaleniem ustawy z dnia 23 stycznia 2026 r. o wygaszeniu rozwiązań wynikających z ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz o zmianie niektórych innych ustaw na podstawie której określono odrębne zasady potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej dla określonych grup, uwaga stała się bezprzedmiotowa.

	z 2023 r. poz. 1043) załączników 3 i 4, tj. wzorów oświadczeń o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Zgodnie z danymi z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych z dnia 15 stycznia 2025 r., 1 903 650 osobom nadano w rejestrze PESEL status UKR z czego 906 540 osób utraciło ten status i możliwość posługiwania się tym statusem, który nadaje osobie, która go posiada uprawnienie do opieki medycznej udzielanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, a także podania produktów leczniczych wydawanych świadczeniobiorcom w ramach programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia. Spośród osób, które 16 grudnia 2024 r. posiadały statusu UKR, 354 449 osobom przysługiwały świadczenia na koszt NFZ jako co do zasady osobom ubezpieczonym. Z bardzo dużym prawdopodobieństwem znaczna część z osób, która złożyła takie oświadczenia nie posiadała lub nie posiadała jeszcze lub nie posiadała już statusu UKR nie zamieszkuje obecnie lub nie przebywa na terytorium Polski i ustalenie ich adresu zamieszkania albo ustanawianie pełnomocników w celu prowadzenia postępowania z bardzo dużym prawdopodobieństwem nie pokryłoby kosztów postępowania mającego na celu zobowiązanie tych osób do uiszczenia kosztów udzielonych im świadczeń. Dodatkowo powyższe zmiany zmniejszyłyby znacznie lub nawet wyeliminowały konieczność dokonywania zmian lub korekt w związku z rozliczaniem dotacji celowej z budżetu państwa udzielanej z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia art. 37 ust. 4 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy. Wobec powyższego prosimy o zmianę ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w zakresie wyłączenia z procesu windykacji osób, składających takie dokumenty lub oświadczenia.	
art. 42j	art. 42j w ust. 4 w pkt 2 lit. j, treść przepisu tj. „spis załączników do wniosku”, powinna zostać przeniesiona do pkt 1, przed lit. f. Instrukcja wzoru wniosku do Prezesa NFZ wskazuje, że część VI wniosku wypełniana jest przez wnioskodawcę, a nie lekarza. Art. 42f ust 1a, 42i ust. 2a, 42j ust. 2a – czyli przepisy odnoszące się do złożenia wniosku w postaci elektronicznej, w których nie wskazano, że wymagany jest w takim przypadku również elektroniczny podpis lekarza wypełniającego wniosek. Zasadne jest dodanie w każdym z ww. przepisów, że: wniosek może zostać złożony również w postaci elektronicznej w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym wnioskodawcy i lekarza. Wymagane załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo. Obecnie wnioski opatrywane są tylko podpisem elektronicznym wnioskodawcy i załączany jest skan części III z podpisami odręcznymi lekarza – co nie stanowi dokumentu.	Uwagi niezasadne Uwagi te wykraczają poza zakres projektowanej ustawy. Niezależnie od tego nie wydaje się, aby postulowana zmiana redakcyjna w art. 42j ust. 4 ustawy o świadczeniach miała istotne znaczenie praktyczne. Jednocześnie należy sądzić, że nawet bez wyraźnego wskazania w wymienionych przepisach, w oparciu o ogólne zasady dot. równoważności podpisu elektronicznego z tradycyjnym podpisem, dopuszczalne jest załączenie złożenie wniosku z częścią wypełnioną przez

		lekarza, opatrzoną podpisem elektronicznym.
art. 50	W art. 50 proponuję zmienić ust. 5. Wdrożenie w systemie eWUŚ funkcjonalności zapewniającej minimalizację w prezentowaniu danych osobowych. W tym celu proponuję by komunikat elektroniczny (Dokument elektroniczny), o którym mowa w ust. 3, zawierał dwie pierwsze litery imienia i nazwiska oraz numer PESEL świadczeniobiorcy, a także informację (według stanu na dzień sporządzenia dokumentu), o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższa propozycja zmiany art. 50 ust. 5 ustawy o świadczeniach wynika m.in. ze sprawozdania z kontroli Ministerstwa Zdrowia w Funduszu z dnia 30 lipca 2024 r.	W związku z prowadzonymi analizami rozwiązań w zakresie potwierdzania prawa do świadczeń, uwaga będzie przedmiotem rozważań przy kolejnej nowelizacji.
art. 50	W art. 50 proponuję zmienić ust. 6, poprzez wskazanie form składanych oświadczeń przez świadczeniobiorców. Art. 50 ust. 2b. wskazuje, że potwierdzenie tożsamości świadczeniobiorcy oraz złożenie przez niego oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej może nastąpić przy wykorzystaniu elektronicznego konta pacjenta utworzonego w wyniku potwierdzenia jego tożsamości osobiście lub w sposób określony w art. 20a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Przepisy ust. 7, 8 i 9 stosuje się odpowiednio. Jednakże przepis art. 50 ust. 2b. nie odnosi się do art. 50 ust. 6, który mówi, że: „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”. Przepis ten nie wskazuje na formy składania oświadczeń. Nie znajduje to również odzwierciedlenia w art. 50 ust. 2b. Wobec powyższego art. 50 ust. 2b naszym zdaniem nie wyłącza konieczności złożenia oświadczenia wskazanego w art. 50 ust. 6 tj. z podpisem kwalifikowanym. Wątpliwość budzi możliwość złożenia podpisu przez profil zaufany, jak również możliwość weryfikacji tego podpisu przez Fundusz. Dodatkowo możliwość zapłaty świadczeniodawcy kosztów udzielonych świadczeń przez Fundusz jest zgodnie z art. 50 ust. 15 możliwa tylko w przypadku wskazanym w art. 50 ust. 2a, a nie w ust. 2b. Dodatkowo w art. 50 ust. 2a jest mowa o oświadczeniu, a oświadczenie zostało wskazane w ust. 6 tj. gdzie wskazana jest forma pisemna. Powyższe oznacza, że naszym zdaniem w sytuacji udzielania teleporady możliwe w obecnym stanie prawnym jest złożenie oświadczenia z podpisem kwalifikowanym. Wobec powyższego zdaniem Funduszu w celu uniknięcia wątpliwości należałoby ewentualnie zmienić przepisy w tym zakresie.	W związku z prowadzonymi analizami rozwiązań w zakresie potwierdzania prawa do świadczeń, uwaga będzie przedmiotem rozważań przy kolejnej nowelizacji.
art. 50	W art. 50 proponuję uchylić ust. 17. Przepis nie powinien być interpretowany rozszerzająco, ale winien podlegać wykładni celowościowej. Racjonalny ustawodawca, tworząc przepisy ustawy o świadczeniach dotyczące postępowania w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych osobie, która tego prawa nie posiadała, wprowadził rozwiązanie polegające na możliwości zwolnienia z ww. obowiązku osoby, która pozostawała w usprawiedliwionym, błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń. Stanowisko judykatury i doktryny w odniesieniu do pojęcia „usprawiedliwione, błędne przekonanie” wskazuje, że są to sytuacje, w których brak prawa do świadczeń wynika z działania (zaniechania) innych podmiotów niż osoba składająca oświadczenie, np. z przyczyn zawinionych przez płatnika składek bądź też innych osób, przy czym każdy przypadek należy traktować indywidualnie. Orzecznictwo wojewódzkich sądów administracyjnych i Naczelnego Sądu Administracyjnego zmierza jednak w kierunku, zgodnie z którym zarówno powołanie się przez stronę na usprawiedliwione, błędne przekonanie nawet bez jakiegokolwiek	W związku z prowadzonymi analizami rozwiązań w zakresie potwierdzania prawa do świadczeń, uwaga będzie przedmiotem rozważań przy kolejnej nowelizacji. Niemniej należy zauważyć, że Fundusz nie kwestionuje zasadności i celowości przepisu, gdyż istotne jest funkcjonowanie rozwiązania, który pozwalałby w wyjątkowych sytuacjach, uwzględnić fakt, że

uzasadnienia jak i niedostateczne zbadanie, w ocenie sądu, tej okoliczności przez organ prowadzący postępowanie, implikuje obowiązek organu polegający na dokonywaniu ustaleń w prowadzonym postępowaniu administracyjnym odnośnie możliwości wystąpienia u strony usprawiedliwionego błędnego przekonania i wpływu tej okoliczności na zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego. Powołanie się przez stronę postępowania na ww. okoliczność, nawet bez jakiegokolwiek uzasadnienia, powoduje powstanie a priori domniemania korzystnego dla strony postępowania, którego wykazanie lub obalenie scedowane jest na organ prowadzący postępowanie. Obowiązek nakładany przez sądy na organy Prezesa Funduszu w zakresie dokonywania ustaleń i badania okoliczności wystąpienia usprawiedliwionego, błędnego przekonania jest również niezrozumiały w znaczeniu, w jakim sądy przyjęły automatyzację w zakresie rozstrzygania w kontekście usprawiedliwionego błędnego przekonania. Wykładnia celowościowa i literalna przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach prowadzi do wniosku, że wskazany przepis art. 50 ust. 17 ustawy o świadczeniach nie wprowadza obowiązku organu prowadzącego postępowanie w zakresie dokonywania każdorazowej oceny, czy w konkretnej sprawie taka przesłanka wystąpiła, w szczególności dopytywania o te kwestie strony postępowania. Należy bowiem zauważyć, że stosowanie tego przepisu nie powinno odnosić się do każdej sytuacji, w której strona postępowania oświadczy, że działała w usprawiedliwionym, błędnym przekonaniu, prowadziłyby to bowiem do niepożądanego stanu, w którym każda osoba, wobec której ustalono obowiązek poniesienia kosztów świadczeń, ma możliwość zwolnienia się z tego obowiązku nawet, jeżeli w rzeczywistości zaistniała sytuacja, skutkująca obowiązkiem poniesienia kosztów świadczeń jest wynikiem jej zaniedbania, braku należytej staranności lub celowego działania (zawarcie umowy o dzieło zamiast umowy o pracę czy umowy zlecenia) lub nieznajomości prawa i przepisów ustawy o świadczeniach, określających, kiedy obowiązek ubezpieczenia powstaje. Ewentualne powołanie się na usprawiedliwione, błędne przekonanie, nie może wyłączać ogólnej zasady, zgodnie z którą nieznajomość prawa szkodzi i nakładać na organy prowadzące postępowanie dodatkowe, nieznanie ustawie obowiązki w zakresie dokonywania odrębnych ustaleń, czy strona działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu. Należy bowiem wskazać, że przepis art. 50 ust. 17 ustawy o świadczeniach, zgodnie z funkcjonującym poglądem judykatury i doktryny, może znaleźć zastosowanie wtedy, gdy brak prawa do świadczeń wynika z działania (zaniechania) innych podmiotów niż osoba składająca oświadczenie, np. z przyczyn zawinionych przez płatnika składek bądź też innych osób czy instytucji, a zatem m.in.: - w sytuacji, gdy zatrudniający daną osobę płatnik składek, na którym spoczywa obowiązek ubezpieczenia pracownika, tego obowiązku nie realizuje, - w sytuacji, gdy np. osoba uzyskuje zaświadczenie potwierdzające prawo do świadczeń, które zostaje wydane omyłkowo. O ile zatem wprowadzenie kwestionowanego przepisu miało służyć uwzględnieniu sytuacji stron postępowania, których brak ubezpieczenia wynikał z celowego zaniechania płatnika albo innych osób czy instytucji, o tyle usprawiedliwione błędne przekonanie stało się instrumentem pozwalającym stronie na uchylenie się od obowiązku poniesienia kosztów przez osobę nieuprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnych, a w każdym bądź razie przy jakimkolwiek odniesieniu się przez stronę do usprawiedliwionego błędnego przekonania, powoduje skierowanie sprawy do ponownego rozpoznania z jednoczesnym nałożeniem na Prezesa Funduszu obowiązku podejmowania czynności wyjaśniających, dopytywania strony i uzupełniania rzekomo niekompletnego materiału dowodowego, co niejednokrotnie stoi w całkowitej sprzeczności ze stanem faktycznym sprawy jak i stanowi o pominięciu rzeczywiście poczynionych ustaleń. Ocena całokształtu sprawy, dokonywana przez Prezesa Funduszu (i upoważnionych pracowników Funduszu) działającego w ramach uznania administracyjnego i stosującego swobodną, ale nie dowolną ocenę dowodów, nie znajduje uznania w procesie rozpatrywania spraw przez sądy administracyjne, nawet w przypadku bezspornego wykazania przez Prezesa Funduszu, że strona postępowania nie dochowała należytej staranności w zakresie zweryfikowania swojego statusu jako ubezpieczonego, nie podjęła w tym zakresie żadnych działań, nie uzyskała informacji potwierdzających, że ma prawo do świadczeń, a z jej stanowiska jasno	brak prawa do świadczeń wynika z działania (zaniechania) innych podmiotów niż osoba składająca oświadczenie, np. z przyczyn zawinionych przez płatnika składek bądź też innych osób czy instytucji. W związku z powyższym analizy zgłoszonego problemu będą prowadzone pod kątem wprowadzenia zmian, a nie uchylania przepisu.
--	---

	wynika, że nie zna obowiązujących przepisów dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego, co w żadnym wypadku nie stanowi okoliczności uzasadniającej zwolnienie z obowiązku poniesienia kosztów za udzielone świadczenia i nie stanowi podstawy do uznania, że u strony wystąpiło usprawiedliwione, błędne przekonanie. Wobec powyższego zasadne jest usunięcie art. 50 ust. 17 z ustawy o świadczeniach jako przepisu, którego aktualne stosowanie zdecydowanie mija się z jego pierwotną funkcją, jaką była możliwość ekskulpowania strony postępowania nie posiadającej ubezpieczenia zdrowotnego nie ze swojej winy i w wyjątkowych przypadkach, a interpretacja pojęcia „usprawiedliwione, błędne przekonanie” stosowana przez sądy ma charakter wykładni rozszerzającej, pozwalającej na nakładanie na organy Funduszu nieprecyzyjnie określonych obowiązków ponadmiarowego informowania strony o przepisach i jej prawach i wyjaśniania ww. kwestii nawet w przypadku zgromadzenia materiału dowodowego pozwalającego na ustalenie, że strona nie posiadała ubezpieczenia zdrowotnego wyłącznie w wyniku swojego zaniechania, nie mającego charakteru usprawiedliwionego błędnego przekonania. Dalsze utrzymywanie obowiązywania ww. przepisu art. 50 ust. 17 ustawy o świadczeniach i utrwalenie niekorzystnego dla Funduszu kierunku linii orzeczniczej sądów administracyjnych, stanowiącej o kwalifikowaniu „usprawiedliwionego, błędnego przekonania” jako okoliczności wymagającej każdorazowego, bezwzględnego badania sytuacji strony niezależnie od poczynionych ustaleń i dowodów zgromadzonych w sprawie oraz interpretowania tego przepisu na korzyść strony, nie pozwala na ściąganie należności w związku ustaleniem obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobie nieuprawnionej, a co za tym idzie, zwiększeniem faktycznych kosztów niezasadnie ponoszonych przez Fundusz.	
art. 67	W art. 67 proponuję dodać ust 3b w brzmieniu: „3b. Członkowie rodzin zamieszkujący na terenie Polski, którzy byli objęci ubezpieczeniem zdrowotnym na terenie innego niż Polska kraju UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, i powinni być objęci ubezpieczeniem zdrowotnym na terenie Polski, jeżeli nie zostali zgłoszeni do tego ubezpieczenia przez osobę zobowiązaną, zostaną zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego przez Fundusz na okres, w którym powinni podlegać polskiemu ustawodawstwu, o ile posiada on niezbędne dane.”. O ile Fundusz posiada niezbędne dane, zgłasza do ubezpieczenia na okres, w którym powinni podlegać polskiemu ustawodawstwu, członków rodziny zamieszkujących na terenie Polski, którzy byli objęci ubezpieczeniem zdrowotnym na terenie innego niż Polska kraju UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, i powinni być objęci ubezpieczeniem zdrowotnym na terenie Polski, jeżeli nie zostali zgłoszeni do tego ubezpieczenia przez osobę zobowiązaną.	Uwaga uwzględniona Dodano proponowany przepis art. 67 ust. 3b w brzmieniu: „3b. W przypadku posiadania niezbędnych danych Fundusz zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny, który uzyskał prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami innego niż Rzeczpospolita Polska państwa UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa w okresie, w którym zgodnie z przepisami o koordynacji powinien być objęty ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie został zgłoszony do tego ubezpieczenia przez osobę obowiązowaną do takiego zgłoszenia. Zgłoszenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, obejmuje cały okres, w którym dana osoba powinna podlegać ubezpieczeniu

		zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej jako członek rodziny.”
art. 67	W art. 67 proponuję ust. 7 nadać brzmienie: „7. Osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty ma wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń, o ile posiadała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w momencie składania wniosku o przyznanie emerytury lub renty.”. Zmiana ma na celu zapewnienia zgodności ustawy o świadczeniach w zakresie uregulowania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osób ubiegających się w Polsce o przyznanie emerytury lub renty w sposób zgodny z art. 22 rozporządzenia 883/2004, gdzie osoba, która w czasie składania lub w trakcie rozpatrywania wniosku o przyznanie emerytury lub renty, traci prawo do świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa państwa dotychczas właściwego, zachowuje prawo do tych świadczeń na podstawie ustawodawstwa państwa, w którym zamieszkuje, pod warunkiem że spełnia ona wymogi dotyczące ubezpieczenia zawarte w ustawodawstwie państwa, które stanie się państwem właściwym na mocy przepisów od art. 23 do art. 25 rozporządzenia z tytułu wypłacania jej emerytury lub renty. Art. 67 ust. 7 ustawy budzi wątpliwości interpretacyjne w świetle stosowania art. 22 rozporządzenia PE i Rady (WE) nr 883/2004. Z obecnego brzmienia tego przepisu nie wynika, czy uzyskanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej uwarunkowane jest faktem wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego po złożeniu wniosku o przyznanie emerytury lub renty, czy też wystarczające jest odbycie okresów ubezpieczenia w przeszłości nie powiązanych czasowo z momentem złożenia wniosku o przyznanie świadczenia pieniężnego. Przyjęcie za właściwą interpretacji zgodnie, z którą warunkiem uzyskania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej jest odbycie okresów ubezpieczenia w przeszłości, a osoba w momencie złożenia wniosku do polskiego organu emerytalno-rentowego zamieszkuje w innym państwie członkowskim i ostatnio podlegała ustawodawstwu innego państwa członkowskiego, przyznanie jej prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce stoi w sprzeczności z art. 22 rozporządzenia PE i Rady (WE) nr 883/2004. Ponadto, jest sprzeczne z zasadą stosowania jednego ustawodawstwa, unormowaną w art. 11 ust. 1 rozporządzenia PE i Rady (WE) nr 883/2004. Proponowana zmiana art. 67 ust. 7 ustawy wprowadza warunek zachowania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej tylko przez osobę ubiegającą się o przyznanie emerytury lub renty, która w momencie składania wniosku o ww. świadczenia posiadała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach. Ponadto, proponowane brzmienie art. 67 ust. 7 ustawy wyeliminuje przypadki, w których osoba składa wniosek o przyznanie świadczenia emerytalnorentowego do polskiego organu wiedząc, że świadczenie to jej nie przysługuje, w celu uzyskania dostępu do publicznego systemu opieki zdrowotnej w Polsce w okresie jego procedowania przez polski organ emerytalno-rentowy. Odpowiednim zmianom powinien być poddany również projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (UD250).	Do rozważenia w kolejnej nowelizacji.
art. 68	W art. 68 proponuję dodać ust. 2a i 5a: 1) po ust. 2 dodać ust. 2a w brzmieniu: „2a. Osoba, o której mowa w ust. 1, dla której ustawodawstwo polskie stało się właściwe z okresem wstecznym, może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu w terminie nie dłuższym niż 1 miesiąc od dnia poinformowania przez Fundusz o podleganiu przez tę osobę ustawodawstwu polskiemu wraz z podaniem daty, od której ustawodawstwo to stało się dla niej właściwe.”. 2) po ust. 5 dodać ust. 5a w brzmieniu:	J.w. Propozycja wykracza poza zakres projektowanej regulacji i ze względu na swoją wagę i charakter systemowy nie może zostać włączona do projektu na obecnym etapie.

	„5a. Osoba, dla której ustawodawstwo polskie stało się właściwe z okresem wstecznym, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym od dnia, od którego ustawodawstwo polskie stało się właściwe za okres, w którym miała miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz po opłaceniu składki na ubezpieczenie zdrowotne należnej za ten okres.”. Propozycje dotyczą uregulowania dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego za okresy wsteczne. Proponowane przepisy stosowane będą głównie do osób zamieszkałych w Polsce i korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie wydanego przez Fundusz Poświadczenia (o którym mowa w art. 52 ustawy o świadczeniach), w stosunku do których instytucja dotychczas właściwa unieważniła z datą wsteczną dokument uprawniający (formularz E100/ dokument S1). Osobom, które znajdują się w powyższej sytuacji, pozostawiona jest swoboda wyboru co do decyzji o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym, co pozwala na zachowanie istoty tego ubezpieczenia, jako ubezpieczenia dobrowolnego. Podobnie, zachowany zostaje warunek zamieszkiwania na terytorium Polski. Proponowane przepisy art. 68 ust. 2a i 5a ustawy wprowadzają możliwość objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym osoby, w stosunku do której ustawodawstwo polskie stało się właściwe z mocą wsteczną, a która we wstecznym okresie nie posiadała tytułu do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Regulacje te czynią zadość wymogom postawionym państwom członkowskim w orzeczeniach TS UE, których odzwierciedleniem są zasady uregulowane w wytycznych do decyzji S6. Warunkiem dobrowolnego ubezpieczenia byłoby opłacenie składki na ubezpieczenie zdrowotne należnej za okres wsteczny. Rezygnacja zaś, osoby z możliwości skorzystania z dobrowolnego ubezpieczenia z mocą wsteczną otwierać będzie Funduszowi możliwość dochodzenia roszczeń z tytułu nienależnie poniesionych kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych w trybie art. 50 ust. 16 i następnych ustawy o świadczeniach. Wskazany w projektowanym art. 68 ust. 2a ustawy termin, nie dłuższy niż jeden miesiąc od dnia poinformowania przez Fundusz o podleganiu przez tę osobę ustawodawstwu polskiemu na złożenie w Funduszu wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, pozwoli na podjęcie czynności mających na celu odzyskanie przez Fundusz nienależnie poniesionych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.	Wymaga ona przeprowadzenia pogłębionych analiz i ewentualnego zgłoszenia w ramach kolejnej nowelizacji ustawy o świadczeniach.
art. 94	W art. 94 proponuję zmienić ust. 3. Zgodnie z art. 94 ust. 3, od nienależnie pobranej emerytury, renty, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego albo świadczenia pieniężnego dla cywilnych ofiar wojny składka na ubezpieczenie zdrowotne nie podlega zwrotowi. Należy jednak wskazać, że art. 94 ust. 3 obowiązuje od 2004 r. i nie był nowelizowany w momencie wejścia w życie przepisów polskiego ładu, który likwidował możliwość odliczania 7,75% składki na ubezpieczenie zdrowotne od podatku dochodowego od osób fizycznych. Obecne przepisy powodują w konsekwencji obowiązek zwrotu także tej części świadczenia (składki na ubezpieczenie zdrowotne), która nie trafiła do emeryta/rencisty. Zmiana pozwoli, aby osoby, które posiadały w tym okresie ubezpieczenie zdrowotne z innego tytułu lub innego świadczenia emerytalno/ rentowego mogły otrzymać zwrot składki zdrowotnej co będzie wynikało z art. 94 ust. 1. Przypadki powyższe dotyczą osób, które pobierając świadczenie emerytalne występują o i przyznania świadczenia emerytalnego po zmarłym małżonku. Ze względu na długo trwające procedury przyznania tego świadczenia wypłacane są jednocześnie dwa świadczenia. W związku z zaistniałą nadpłatą osoba ta musi zwrócić nadpłacone świadczenie w kwocie brutto. Składka na ubezpieczenie zdrowotne została pobrana z dwóch świadczeń, a składka od zwróconego świadczenia nie została zwrócona. Jednocześnie prosimy o wprowadzenie przepisów intertemporalnych od czasu wprowadzenia przepisów tzw. „polskiego ładu”.	Uwaga nieuwzględniona Przepis art. 94 ust. 3 ustawy o świadczeniach wskazuje jednoznacznie, że składka na ubezpieczenie zdrowotne nie podlega zwrotowi w przypadku określonych w tym przepisie nienależnie pobranych świadczeń. Natomiast kwestie związane z likwidacją możliwości odliczenia określonej części składki (7,75%) od podatku dochodowego od osób fizycznych pozostają poza regulacją ustawy o świadczeniach.

art. 102	W art. 102 proponuję zmienić ust. 8. Przywołana jednostka redakcyjna nie została zmieniona od czasu uchwalenia ustawy w 2004 r. Pełnomocnictwa i upoważnienia, o których mowa w ust. 7, są udzielane na piśmie pod rygorem nieważności. Powyższe jest tym bardziej zasadne, że wcześniej usunięto już wyraz upoważnienia z ust. 7. Zmiana polegać powinna na dopuszczeniu elektronicznego sposobu udzielania pełnomocnictw. Modyfikacja taka była planowana kilka lat temu. Zmiana powinna jednoznacznie wskazywać na dopuszczalność opatrywania pełnomocnictw podpisem elektronicznym, co ma walor praktyczny i coraz częściej jest oczekiwanym rozwiązaniem przez samych pełnomocników.	Uwaga uwzględniona
art. 149	W art. 149 w ust. 1 proponuję pkt 9 nadać brzmienie: „9) jeżeli świadczeniodawca nie posiada pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust.1, i nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 139a ust. 2.” Omyłka pisarska powinno być „i” a nie „lub”.	Uwaga uwzględniona
art. 159a	W art. 159a proponuję ust. 6 nadać brzmienie: „6. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Prezes Funduszu dokonuje zmiany, w wykazie o którym mowa w art. 95n ust. 1 pkt 2, polegającej na wykreśleniu danego profilu systemu zabezpieczenia, bez zmiany kwalifikacji, o której mowa w art. 95n ust 1 pkt 1. Umowa nie ulega rozwiązaniu jeśli wykaz obejmuje przynajmniej jeden profil zabezpieczenia.” Celem wprowadzenia w art. 159a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461; (dalej jako „u.ś.o.z.”) przepisu zawartego w dodanym ust. 4, było umożliwienie świadczeniodawcy - w przypadku stwierdzenia przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej także jako „Fundusz”), że zachodzą odpowiednie przesłanki - zaprzestania realizacji określonego profilu PSZ, bez poniesienia negatywnych konsekwencji wynikających z ogólnych kryteriów kwalifikacji do danego poziomu PSZ. Oznacza to, że w sytuacji gdy w ocenie Prezesa Funduszu likwidacja danego profilu systemu zabezpieczenia u wnioskującego świadczeniodawcy jest korzystna albo przynajmniej neutralna z punktu widzenia właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń, w szczególności w świetle mapy potrzeb zdrowotnych oraz krajowego i wojewódzkiego planu transformacji, podmiot ten może zaprzestać udzielania świadczeń w ramach tego profilu, pozostając nadal w systemie zabezpieczenia, na dotychczasowym poziomie, nawet wówczas, gdyby w wyniku danej zmiany przestał spełniać kryteria kwalifikacji dla danego poziomu PSZ.	Uwaga uwzględniona Wskazany przepis otrzyma brzmienie: „W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Prezes Funduszu dokonuje zmiany w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1, polegającej na wykreśleniu danego profilu systemu zabezpieczenia. Art. 95n ust. 14 pkt 2 nie stosuje się.”
art. 188	W art. 188 proponuję dodać ust. 5i-5k w brzmieniu: „5i. Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego przekazuje nieodpłatnie do Centrali Funduszu dane o studentach oraz uczestnikach studiów doktoranckich. 5j. Informacje, o których mowa w ust. 5i, zawierają: 1) numer PESEL, a w przypadku jego nienadania – numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość; 2) datę rozpoczęcia studiów, datę ich ukończenia albo datę skreślenia z listy studentów. 5k. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania przekazuje nieodpłatnie do Centrali Funduszu dane o uczniach. 1) numer PESEL, a w przypadku jego nienadania – numer i serię dokumentu potwierdzającego tożsamość; 2) datę rozpoczęcia i datę zakończenia nauki w szkole.”. Powyższe dane o uczniach i studentach powinny umożliwić Funduszowi faktyczne sprawdzenie czy osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej a zgłoszona jako członek rodziny jest osoba uprawnioną. Umożliwi także sprawdzenie przedkładanych list uczniów w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. W przypadku postępowań windykacyjnych pozwoли na sprawdzenie czy możliwe jest „wsteczne” zgłoszenie studenta lub ucznia do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny. Przyspieszy rozpatrywanie przez Fundusz wniosków ZUS odnośnie okresu	Uwaga poza zakresem regulacji. De ewentualnego rozważenia przy kolejnej nowelizacji.

	ubezpieczenia dobrowolnego wobec studentów z krajów trzecich. Dodatkowo obecnie uczelnie wyższe odmawiają udzielenia informacji Funduszowi odnośnie statusu studenta podając jako powód brak podstaw prawnych do udzielania takich informacji Funduszowi.	
art. 188	W art. 188 proponuję dodać ust. 8 w brzmieniu: „8. Fundusz może rozpowszechniać uzyskane w wyniku przetwarzania danych, w tym danych osobowych, informacje, w tym opracowania analityczne oraz utwory naukowe powstałe w wyniku tych analiz, w sposób zapewniający brak możliwości identyfikacji osób fizycznych oraz ujawnienia tajemnicy przedsiębiorstwa, w celu upowszechnienia informacji o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, w tym o jego organizacji, zasadach finansowania, dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz wynikach analiz i ocen prowadzonych przez Fundusz.”.	Uwaga nieuwzględniona Do rozważenia w kolejnej nowelizacji.
Konsultant krajowy w dziedzinie patomorfologii		
Uwaga ogólna	Zwracam się z prośbą o rozważenie możliwości wprowadzenia w obecnej nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych rozwiązań prawnych dotyczących upoważnienia Ministra Zdrowia do podawania terminu wprowadzenia w całym systemie ochrony zdrowia lub określonych jego obszarach obowiązku stosowania nowej jedenastej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-11) oraz uwzględnienie możliwości wprowadzenia okresu przejściowego, w którym będą stosowane przez wybrane rodzaje podmiotów zarówno kody dziesiątej jak i jedenastej rewizji ICD. Ze względu na fakt, że w ramach prowadzonych w poprzednich latach prac koordynowanych przez Ministerstwo Zdrowia oraz wdrażanych przez Centrum eZdrowie rozwiązań wprowadzających obowiązek wpisywania do rozpoznań patomorfologicznych odpowiednich kodów klasyfikacji ICD10 i ICD11, należy założyć że ta dziedzina ochrony zdrowia jest niejako "przygotowana" do planowanych rozwiązań. Ponadto, należy uwzględnić fakt, że środowisko informatyczne na platformie P1 jest do tego celu odpowiednio przygotowane, tj. w aplikacji gabinet.gov.pl w części rozpoznaje patomorfologiczne są przygotowane odpowiednie pola dla wprowadzenia kodów omawianych klasyfikacji. Przygotowane rozwiązania wymagają niezbędnych przedsięwzięć analitycznych, edukacyjnych i systemowych w celu właściwego ich wykorzystania. W okresie przejściowym proszę uwzględnić m.in. możliwość stosowania odpowiedników kodów patomorfologicznych w klasyfikacji ICD-11 i ICD-10 w celu ułatwienia przechodzenia bez zakłóceń na nową rewizję tej klasyfikacji bardzo różniącej się od rewizji, która ma ją zastąpić. Działania okresu przejściowego mają na celu przygotowanie do wdrożenia umiejętności zmiany systemu kodowania rozpoznań. Obecnie wprowadzana rewizja 11 (ICD11) nie jest jedynie "prostym" uzupełnieniem wcześniejszej wersji, a całkowicie zmienia zasady i sposób kodowania. Takie działania wymagają odpowiedniego wsparcia systemowego i rozważnego przygotowania zmian. Mając na uwadze przedstawione argumenty, proszę o uwzględnienie uwag. W nawiązaniu do wcześniejszej korespondencji oraz po dalszej szczegółowej analizie proszę przyjąć propozycję rozwiązań legislacyjnych jak poniżej. W ustawie z dnia 6 marca 2025 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.) po art. 57 dodaje się art. 57a -57e w brzmieniu: „Art. 57a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, ogłasza, w drodze obwieszczenia obowiązujące we wszystkich albo w wybranych obszarach systemu ochrony zdrowia nowej, tłumaczonej na język polski, rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, zwanej dalej „ICD”. 2. Obwieszczenie, o którym mowa w ust. 1: 1) zawiera termin wejścia w życie nowej rewizji ICD; 2) wskazuje obszary systemu ochrony zdrowia, w których zastosowanie ma nowa rewizja ICD; 3) podlega ogłoszeniu w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej.	Uwaga wykracza poza zakres projektu. Proponowane zmiany zostaną rozważone w innej nowelizacji, właściwej ze względu na merytoryczny charakter tych zmian.

	3. Termin, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, nie może być krótszy niż 6 miesięcy od dnia ogłoszenia obwieszczenia. 4. Obowiązująca i nowa rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, wraz z jej aktualizacjami, są umieszczane na stronie internetowej: 1) Światowej Organizacji Zdrowia; 2) jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Art. 57b. Do czasu wejścia w życie nowej rewizji ICD -zgodnie z terminem wskazanym w obwieszczeniu, o którym mowa w art. 57a ust. 1 - stosuje się obowiązującą rewizję ICD. Art. 57c. W terminie poprzedzającym wejście w życie nowej rewizji ICD zgodnie z terminem wskazanym w obwieszczeniu, o którym mowa w art. 57a, wprowadza się okres przejściowy polegający na równoczesnym stosowaniu obowiązującej i nowej, wchodzącej w życie rewizji ICD w procesach sprawozdawania udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej lub ich rozliczania. Art.57d. W okresie, o którym mowa w art. 57c, jednak nie dłuższym niż określony w art. 57a ust. 2 pkt 1 zobowiązuje się: 1) świadczeniodawców posiadających umowę na realizację świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, 2) Narodowy Fundusz Zdrowia lub Centrum e--Zdrowia, 3) pozostałe podmioty, które wykorzystują w swojej działalności kody ICD - do dostosowania w terminie określonym w rozporządzeniu, o którym mowa w art. 57e rozwiązań organizacyjnych, w tym rozwiązań teleinformatycznych w procesach sprawozdawania udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej lub ich rozliczania do równoczesnego stosowania obecnej i nowej rewizji ICD. Art. 57e. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania dotyczące okresu przejściowego, o którym mowa w art. 57c, w tym w szczególności ustali: 1) termin rozpoczęcia i zakończenia okresu przejściowego; 2) podmioty, których dotyczy obowiązek określony w art. 57c; 3) termin dostosowania rozwiązań organizacyjnych w tym teleinformatycznych, o którym mowa w art. 57d; 4) odpowiedniki kodów ICD-11 dla kodów ICD-10 stosowanych w procesach sprawozdawania udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej lub rozliczania wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej; 5) sposób i zakres sprawozdawania kodów ICD -10 i ICD -11; 6) ustalenie podmiotu monitorującego i zakresu monitorowania realizacji zadań.	
Kasa Krajowa SKOK		
Art. 1 pkt 7 lit. b)	W nowelizowanym art. 42d ust. 4 pkt 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, otrzymuje brzmienie: 10) imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku płatniczego, jeżeli rachunek ten nie należy do świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów lub nazwę oraz adres posiadacza rachunku płatniczego w przypadku, gdy rachunek ten nie należy do osoby fizycznej. Uzasadnienie: Projekt ustawy dokonuje zmian m.in. w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: „ustawa”) w zakresie regulacji zawartej w art. 42d ustawy, dotyczącej procedury zwrotu kosztów tzw. transgranicznej opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorcy, w tym – zgodnie z Uzasadnieniem – Kolejna zmiana, w ust. 4 pkt 10, polega na uwzględnieniu możliwości przelania kwoty zwrotu kosztów rachunek nienależący do osoby fizycznej. Podkreślić należy, iż uprawnionym do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej jest świadczeniobiorca (osoba fizyczna), który składając określony w art. 42d ust. 4 wniosek o zwrot kosztów zobowiązany został do wskazania m.in. numeru swojego rachunku bankowego w przypadku gdy	Uwaga uwzględniona

	zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przelewu bankowego (art. 42d ust. 4 pkt 9 ustawy), zaś w sytuacji, gdy rachunek ten nie należy do świadczeniobiorcy – dane posiadacza rachunku (art. 42 ust. 4 pkt 10 projektu ustawy), którym może być zarówno osoba fizyczna, jak i osoba prawna, przy czym projekt ustawy nie wskazuje jej formy prawnej. Zgodnie zaś z art. 42d ust. 18 ustawy Zwrotu kosztów dokonuje się w drodze przelewu na rachunek bankowy podany we wniosku o zwrot kosztów albo w drodze przekazu pocztowego. Mając powyższe na uwadze podmiotami uprawnionymi do zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej mogą być również potencjalni członkowie spółdzielczej kasy oszczędnościowo-kredytowej, do której zaliczają się m.in. osoby fizyczne czy spółki jawne, spółki partnerskie i spółki komandytowe, których współnikami są wyłącznie osoby fizyczne będące członkami kasy. Celem kas jest, zgodnie z ustawą o spółdzielczych kasach oszczędnościowo-kredytowych, m.in. gromadzenie środków pieniężnych (wyłącznie) swoich członków i przeprowadzanie na ich zlecenie rozliczeń finansowych (art. 3 ust. 1 ustawy o skok). Zaproponowana poprawka, która uwzględnia obok rachunku bankowego również rachunek w SKOK (poprzez użycie pojęcia rachunku płatniczego, który zgodnie z definicją tego rachunku zawartą w art. 2 pkt 25 ustawy o usługach płatniczych (tj. z dnia 7 grudnia 2023 r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 30)) obejmuje zarówno rachunki bankowe jak i rachunki prowadzone przez spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową), pozwoli na wypłatę zwrotu kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej tym świadczeniobiorcom lub posiadaczom rachunków, których rachunki prowadzone są nie przez bank, lecz przez spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową. Jednocześnie, mając na uwadze zapewnienie spójności terminologicznej, pragnę wskazać, że w przypadku uwzględnienia zaproponowanej poprawki, zmianie ulec powinny również przywołane wyżej przepisy art. 42d ustawy, tj. w art. 42d ust. 4 pkt 9) oraz w art. 42d ust. 18, odwołujące się do pojęcia rachunku bankowego, na który dokonywany jest zwrot kosztów transgranicznej opieki zdrowotnej, poprzez zastąpienie wyrazów: „rachunek bankowy” wyrazami „rachunek płatniczy”.	
--	---	--

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów albo refundację świadczeń opieki zdrowotnej
udzielonych poza granicami kraju**

Na podstawie art. 42ia ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wzór wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym albo o refundację kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu czasowego na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej określa załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972, 986, 1007 i

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 42ia ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie określa wzór wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym albo o refundację kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu czasowego na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

Wzór wniosku, stanowiący załącznik do projektowanego rozporządzenia, jest w pełni zgodny z wymogami dotyczącymi zawartości obu wskazanych wyżej wniosków, określonymi w art. 42d i art. 42ia ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Proponuje się, aby rozporządzenie weszło w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Zakres projektu rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na mikro przedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych 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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektu rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

WZÓR

 PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	WNIOSEK O*: ☐ A. zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ☐ B. refundację kosztów świadczeń opieki zdrowotnej
---	---

- Wniosek składany w postaci papierowej należy wypełnić czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami.
- Wniosek w postaci elektronicznej jest składany w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ)

Data wpływu wniosku i podpis osoby przyjmującej wniosek:	Nr wniosku:
---	----------------------

CZĘŚĆ 2 – WYPEŁNIANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

(Rubryki oznaczone literą **A** dotyczą wyłącznie wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.
Rubryki oznaczone literą **B** dotyczą wyłącznie wniosku o refundację kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.)

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek**															
1.1	Nazwisko								1.2	Imię (imiona)					
1.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)								1.4	Numer PESEL					
1.5	Adres miejsca zamieszkania:														
	Państwo				Miejscowość				Kod pocztowy						
	Ulica								Nr domu			Nr lokalu			
1.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):														
	Państwo				Miejscowość				Kod pocztowy						
	Ulica								Nr domu			Nr lokalu			
1.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość (zaznaczyć właściwe) ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inny				1.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość				1.9	Numer telefonu**				
1.10	Adres poczty elektronicznej***														
2. Dane przedstawiciela ustawowego (jeżeli wniosek składa przedstawiciel)**															
2.1	Nazwisko								2.2	Imię (imiona)					
2.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)								2.4	Numer PESEL					
2.5	Adres miejsca zamieszkania:														
	Państwo				Miejscowość				Kod pocztowy						
	Ulica								Nr domu			Nr lokalu			
2.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):														
	Państwo				Miejscowość				Kod pocztowy						
	Ulica								Nr domu			Nr lokalu			

[illegible]

Wniosek oznaczony literą A dotyczy zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym (EOG), na podstawie **art. 42d** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Wniosek oznaczony literą B dotyczy refundacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, na podstawie **art. 42ia** ustawy.

**** Pola 1.3, 1.7, 1.8, 2.3, 2.7 i 2.8 należy wypełnić tylko w razie braku numeru PESEL.**

***** Wypełnić w przypadku posiadania.**

****** Obowiązek przedłożenia oryginałów dokumentów nie dotyczy sytuacji, gdy wniosek jest składany w postaci elektronicznej. W tym przypadku załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.**

******* Zamiast załączania kopii recepty należy podać klucz dostępu do recepty lub pakietu recept składający się z 44 cyfr – w przypadku, gdy recepta została wystawiona w postaci elektronicznej.**

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek w postaci papierowej:

.....

Kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek w postaci elektronicznej:

* Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383, z późn. zm.).

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów albo refundację świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju	Data sporządzenia 04.05.2026 r.
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: Art. art. 42ia ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.)
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Tomasz Maciejewski, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia:
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Rafał Bułanowski, Radca w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: r.bulanowski@mz.gov.pl	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia służy wykonaniu upoważnienia zawartego w art. 42ia ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia określa wzór wniosku o zwrot kosztów albo refundację świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projekt rozporządzenia określa wzór wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym albo o refundację kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu czasowego na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Projekt rozporządzenia ma charakter stricte techniczny i proceduralny – nie wprowadza żadnych rozwiązań o charakterze systemowym.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Liczba	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia	17 (centrala i 16 oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia)	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Stosowanie w postępowaniach administracyjnych nowego wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej albo refundacji świadczeń udzielonych zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.
świadczeniobiorcy	ok. 34 mln	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	Usprawnienie procedury ubiegania się o zwrot kosztów świadczeń transgranicznej opieki zdrowotnej albo refundację świadczeń udzielonych zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Odnośnie do projektu rozporządzenia nie prowadzono tzw. pre-konsultacji.
Projekt rozporządzenia zostanie przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 30-dniowym terminem zgłaszania uwag, następującym podmiotom:

- 1) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 2) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelnej Radzie Aptekarskiej;
- 4) Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
- 6) Krajowej Radzie Ratowników Medycznych;
- 7) Radzie Dialogu Społecznego;
- 8) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;

- 9) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 10) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 11) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 12) Stowarzyszeniu „Dla Dobra Pacjenta”;
- 13) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 14) Federacji Pacjentów Polskich;
- 15) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 16) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 17) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 18) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 19) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
- 20) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 21) Konfederacji „Lewiatan”;
- 22) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 23) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 24) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
- 25) Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2026 r. poz. 936) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404), projekt zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny. Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
Fundusz												
Wydatki ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem												
budżet państwa												
JST												
Fundusz												

Źródła finansowania	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego oraz inne jednostki sektora finansów publicznych.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki							
Czas w latach od wejścia w życie zmian	0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)

W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)		–	–	–	–	–	–	–
	duże przedsiębiorstwa	–	–	–	–	–	–	–
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	–	–	–	–	–	–	–
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	–	–	–	–	–	–	–
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na duże przedsiębiorstwa.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na mikro-, małych i średnich przedsiębiorców.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną rodzin.						
	osoby starsze i niepełnosprawne	Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną osób starszych oraz osób z niepełnosprawnością.						
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Nie dotyczy.						
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
☒ nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).				☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy				
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.				☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy				
9. Wpływ na rynek pracy								
Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na rynek pracy.								
10. Wpływ na pozostałe obszary								
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:			☐ demografia ☐ mienie państwowe			☐ informatyzacja ☐ zdrowie		
Omówienie wpływu		Brak wpływu.						
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego								
Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.								
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?								
Nie dotyczy.								
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)								
Brak.								

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie Ośrodków Ekspertkich Chorób Rzadkich

Na podstawie art. 47p ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe warunki nadania statusu Ośrodka Ekspertkiego Chorób Rzadkich, zwanego dalej „OECR”;
- 2) wzór kwestionariusza ośrodka dla chorób rzadkich potwierdzającego spełnianie warunków nadania statusu OECR;
- 3) wzór certyfikatu statusu OECR;
- 4) wzór graficzny OECR oraz sposób jego stosowania.

§ 2. Dla podmiotów niezrzeszonych w Europejskich Sieci Referencyjnych warunkami nadania statusu OECR są:

- 1) zatrudnianie lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiadającej obszarowi chorób rzadkich, którego dotyczy wniosek, posiadających minimum 3-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem chorób rzadkich:
 - a) dla obszaru chorób neurologicznych – specjalista w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej lub neurochirurgii,
 - b) dla obszaru chorób metabolicznych – specjalista pediatrii metabolicznej lub endokrynologia i diabetologia dziecięca lub endokrynologia lub immunologia kliniczna,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 25 lipca 2025 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1004).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972, 986, 1007 i

- c) dla obszaru chorób genetycznych i niezdiagnozowanych - specjalista w zakresie genetyki klinicznej,
 - d) dla obszaru chorób urologicznych - specjalista urologii dziecięcej lub urologii,
 - e) dla obszaru chorób układu pokarmowego - specjalista gastroenterologii dziecięcej lub gastroenterologii lub immunologii klinicznej;
- 2) zapewnienie udziału w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej personelu medycznego o kwalifikacjach i doświadczeniu odpowiadającym zakresowi chorób rzadkich, którego dotyczy wniosek, w liczbie zapewniającej ciągłość i kompleksowość opieki;
 - 3) posiadanie dostępu do laboratoryjnych badań diagnostycznych, w tym badań genetycznych lub molekularnych, realizowanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz posiadającym doświadczenie w diagnostyce chorób rzadkich:

[lista badań]

- 4) posiadanie dostępu do badań obrazowych oraz badań medycyny nuklearnej przez wskazanie pracowni diagnostycznej:
 - a) pracownia USG lub
 - b) pracownia tomografii komputerowej, lub
 - c) pracownia pozytonowej tomografii emisyjnej, lub
 - d) pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej, lub
 - e) pracownia rezonansu magnetycznego, lub

[dalsza lista pracowni]

- 5) wykazanie realizacji procedur medycznych właściwych dla diagnostyki lub leczenia chorób rzadkich, określonych w katalogach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielanych świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem chorób rzadkich;
- 6) wykazanie liczby świadczeniobiorców, którym w okresie ostatnich 3 lat udzielano świadczeń opieki zdrowotnej z powodu podejrzenia lub rozpoznania choroby rzadkiej, w zakresie objętym wnioskiem;
- 7) wykazanie udziału w prowadzeniu badań klinicznych lub badań naukowych dotyczących chorób rzadkich albo współpracy z podmiotami prowadzącymi takie badania.

§ 3. Wzór kwestionariusza ośrodka dla chorób rzadkich potwierdzającego spełnianie warunków nadania statusu OECR określa załącznik 1 do rozporządzenia.

§ 4. Wzór certyfikatu statusu OECR określa załącznik 2 do rozporządzenia.

§ 5. 1. Znak graficzny OECR stosuje się jako oznaczenie komórki organizacyjnej, której nadano status OECR.

2. Znak graficzny OECR może być stosowany na tablicach informacyjnych, materiałach konferencyjnych oraz w komunikacji w zakresie spraw i przedsięwzięć realizowanych w obszarach chorób rzadkich.

3. Wzór graficzny OECR określa załącznik 3 do rozporządzenia.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Ośrodków Eksperckich Chorób Rzadkich stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 47p ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

Zasadniczym zadaniem Ośrodków Eksperckich Chorób Rzadkich, zwanych dalej „OECR”, jest zapewnienie świadczeniobiorcom z określoną chorobą rzadką, grupą chorób rzadkich lub podejrzeniem choroby rzadkiej dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz wysokospecjalistycznej, koordynowanej opieki medycznej. Zgodnie z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE. L 88 z 04.04.2021, str. 45, z późn. zm.) European Union Committee of Experts on Rare Diseases, zwany dalej „EUCERD”, opracował jednolite zalecenia i rekomendacje dotyczące powoływania OECR w państwach członkowskich. Zgodnie z zaleceniami EUCERD, OECR powinny być nominowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Konieczność powołania krajowych OECR wynika z zapisów Planu dla Chorób Rzadkich przyjętego przez Radę Ministrów uchwałą nr 88 Rady Ministrów z dnia 13 sierpnia 2024 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich na lata 2024–2025 a następnie przedłużonego uchwałą 179 Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2025 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Plan dla Chorób Rzadkich 2026 r.

W załączniku do rozporządzenia określono wzór kwestionariusza, z którym ośrodki ubiegające się o status OECR powinny wykazać informacje o organizacji, doświadczeniu oraz zasobach niezbędnych do udzielaniu świadczeń świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej. Ponadto w innym załączniku do rozporządzenia określono wzór certyfikatu potwierdzającego nadanie statusu OECR oraz wzór oznaczenia graficznego dla OECR.

Projekt rozporządzenia zostanie poddany szerokim konsultacjom z gronem ekspertów chorób rzadkich oraz organizacjami zrzeszającymi pacjentów i rodziny pacjentów z chorobą rzadką.

Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

W projektowanym rozporządzeniu nie ma potrzeby wprowadzenia przepisów przejściowych.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Proponowane zmiany nie określają ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych 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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji.

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Ze względu na treść upoważnienia ustawowego zawartego w art. 47p ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych brak jest możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do wydania rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia
(poz. ...)

Załącznik nr 1

**Kwestionariusz ośrodka dla chorób rzadkich potwierdzającego spełnianie
warunków nadania statusu OECR**

A. Dane komórki organizacyjnej, o której mowa w art. 47j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.)

I. Nazwa i adres komórki organizacyjnej

.....

II. Imię i nazwisko kierownika komórki organizacyjnej

.....

III. Komórki organizacyjne współpracujące w udzielaniu świadczeń, z podaniem części VIII kodu resortowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156, z późn. zm.);

1.

2.

3.

B. Informacje o liczbie świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym w okresie ostatnich 3 lat udzielano świadczeń opieki zdrowotnej, z przyporządkowaniem do zakresu objętego wnioskiem.

I. Nazwy, kody ICD-10 oraz kodów OPRHA chorób rzadkich z przyporządkowaniem liczby świadczeniobiorców z danym rozpoznaniem.

II. Grupy JGP, w których rozliczane są hospitalizacje pacjentów wraz z przyporządkowaniem liczby świadczeniobiorców rozliczanych danymi grupami JGP.

- III. Typy i liczba porad ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zrealizowanych w na rzecz pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem chorób rzadkich wraz z przyporządkowaniem liczby świadczeniobiorców rozliczanych danym produktami.
 - IV. Realizowane procedury medyczne właściwe dla diagnostyki lub leczenia chorób rzadkich, określone w katalogach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem chorób rzadkich.
 - V. Liczba prowadzonych programów lekowych oraz symbol programu wraz z liczbą świadczeniobiorców leczonych w danym programie.
 - VI. Liczba i rodzaj prowadzonych badań klinicznych lub naukowych wraz z liczbą pacjentów uczestniczących w danym badaniu.
- C.** Informacje o liczbie, kwalifikacjach personelu medycznego zaangażowanego w udzielanie świadczeń pacjentom z podejrzeniem lub rozpoznaniem chorób rzadkich, w tym wskazanie lekarzy posiadających minimum 3-letnie doświadczenie w pracy z tymi pacjentami.
- I. Dziedzina medycyny oraz liczba lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny, ze wskazaniem stopnia naukowego oraz stażu pracy w ośrodku.
 - II. Dodatkowe kwalifikacje personelu medycznego związane z daną dziedziną medycyny lub obszarem chorób rzadkich.

Oświadczenie:

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są kompletne, zgodne ze stanem faktycznym oraz dotyczą zakresu chorób rzadkich objętych wnioskiem.

.....

Data i podpis kierownika podmiotu leczniczego

WZÓR



Ministerstwo
Zdrowia

CERTYFIKAT NADANIA STATUSU
OŚRODKA EKSPERCKIEGO CHORÓB RZADKICH

nr ...

z dnia – ważny przez okres 5 lat

Potwierdza się spełnienie przez

(nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz numer księgi rejestrowych)

(nazwa i adres komórki organizacyjnej, której nadano status OECR)

warunków nadania statusu

Ośrodek Ekspercki Chorób Rzadkich

współpracujący z

(adresy innych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, z którymi współpracuje OECR)¹

Minister Zdrowia

¹ niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna: art. 47j ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.).

Ośrodek
Ekspercki
Chorób
Rzadkich

Nazwa projektu Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Ośrodków Eksperckich Chorób Rzadkich Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Tomasz Maciejewski, Podsekretarz Stanu Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Dominika Janiszewska – Kajka, Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, tel.: 22 530 02 99, e-mail: dep-as@mz.gov.pl	Data sporządzenia 15.09.2026 r. Źródło: art. 47p ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia:
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia wprowadza przepisy dotyczące nadawania statusu Ośrodków Eksperckich Chorób Rzadkich (OECR). W organizacji kompleksowej i koordynowanej opieki medycznej nad świadczeniobiorcami z chorobami rzadkimi kluczową rolę pełnią OECR. Aktualnie status OECR posiadają ośrodki, powołane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, które zrzeszone są w Europejskich Sieciach Referencyjnych (ERN). W Rzeczypospolitej Polskiej istnieje szereg rozpoznawalnych ośrodków, które od lat prowadzą diagnostykę oraz zapewniają leczenie i opiekę pacjentom z określonymi chorobami lub grupami chorób rzadkich. Ustanowienie przepisów związanych z nadawaniem statusu OECR umożliwi uporządkowanie i rozszerzenie katalogu ośrodków eksperckich.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji i oczekiwany efekt

Zasadniczym zadaniem OECR jest zapewnienie pacjentom z określoną chorobą rzadką lub grupą chorób rzadkich dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz wyskospecjalistycznej, koordynowanej opieki medycznej. Współdziałanie OECR powinno docelowo, w dłuższym horyzoncie czasowym, zapewnić realizację potrzeb pacjentów z chorobami rzadkimi m.in. dzięki współpracy z wyspecjalizowanymi laboratoriami diagnostycznymi i badawczymi oraz z innymi placówkami wspomagającymi proces diagnostyki i leczenia, jak również z organizacjami i stowarzyszeniami zrzeszającymi pacjentów. Ponadto OECR mogą korzystać z mechanizmów rozliczeniowych dedykowanym chorobom rzadkim oraz zostaną objęte dostępem do projektowanego dziedzinowego systemu teleinformatycznego przeznaczonego dla monitorowania chorób rzadkich.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Zgodnie z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE. L 88 z 04.04.2021, str. 45, z późn. zm.) European Union Committee of Experts on Rare Diseases (EUCERD) opracował jednolite zalecenia i rekomendacje dotyczące powoływania OECR w państwach członkowskich. Zgodnie z zaleceniami EUCERD, OECR powinny być nominowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
świadczeniobiorcy	2 do 3 milionów osób	Szacunki wskazane w Planie dla Chorób Rzadkich na 2026 r.	Możliwość uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej dostosowanych do potrzeb wynikających z rozpoznania lub podejrzenia choroby rzadkiej
świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie chorób rzadkich	ok. 300	szacunki Ministerstwa Zdrowia	1) możliwość ubiegania się o status OECR; 2) realizacja i rozliczenie świadczeń w obszarze chorób rzadkich, których warunkiem jest posiadanie statusu OECR
Ministerstwo Zdrowia	1	-	Konieczność wydania decyzji administracyjnej

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Nie były prowadzone pre-konsultacje projektu.
W ramach 21-dniowych konsultacji publicznych i opiniowania projekt rozporządzenia zostanie przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty:
1) Związku Pracodawców Business Centre Club;

NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NFZ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Źródła finansowania	Realizacja zapisów projektu rozporządzenia nie niesie ze sobą skutków finansowych, zadania realizowane będą w ramach działań Ministerstwa Zdrowia.											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wydanie decyzji administracyjnej Ministra Zdrowia związana jest realizacją obowiązków służbowych pracowników urzędu.											
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe												
Skutki												
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)				
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	-	-	-	-	-	-	-				
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	-	-	-	-	-	-	-				
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	-	-	-	-	-	-	-				
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Proponowane zmiany nie określają ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej.										
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Proponowane zmiany nie określają ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej.										
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na dostęp osób z rozpoznaniem lub podejrzeniem choroby rzadkiej do kompleksowych i skoordynowanych świadczeń opieki zdrowotnej.										
	osoby starsze i osoby niepełnosprawne	Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na dostęp osób z rozpoznaniem lub podejrzeniem choroby rzadkiej do kompleksowych i skoordynowanych świadczeń opieki zdrowotnej, dostosowanych do niepełnosprawności wynikających z choroby rzadkiej.										
Niemierzalne	-	-										
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy.											
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu												
☒ nie dotyczy												
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).						☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy						
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:						☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:						
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.						☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy						
Komentarz: Brak.												

9. Wpływ na rynek pracy	
Nie dotyczy.	
10. Wpływ na pozostałe obszary	
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:
☐ informatyzacja ☒ zdrowie	
Omówienie wpływu	Projektowane rozporządzenie wprowadza rozwiązania, które wpłyną pozytywnie na zdrowie ludzi, zapewniając dostępność nowych świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Nie dotyczy.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Nie dotyczy.	