



PREZES RADY MINISTRÓW

Warszawa /elektroniczny znacznik czasu/

DKPL.WK.0610.2.101.2021.ACY(17)

RM-0610-101-21

UC78

Pani Elżbieta WITEK

Marszałek Sejmu

Szanowna Pani Marszałek,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy – Prawo farmaceutyczne.

Projekt ma na celu wykonanie prawa Unii Europejskiej.

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

Z poważaniem,

Mateusz Morawiecki

Prezes Rady Ministrów

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy – Prawo farmaceutyczne

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292 i 1559) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:
 - „5) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 32;”;
- 2) w art. 3:
 - a) w ust. 1:
 - pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa,”;
 - w pkt 2 wyrazy „państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EOG”, lub Konfederacji Szwajcarskiej” zastępuje się wyrazami „państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa”;
 - pkt 3 otrzymuje brzmienie:
 - „3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa”;

- w pkt 4 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:”,
- b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:
„1a. Ubezpieczonymi są także inne niż wymienione w ust. 1 pkt 2–3 osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1.”,
- c) w ust. 2:
 - w pkt 1 i 4 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA” dodaje się przecinek i wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa”,
 - w pkt 2 wyrazy „państwa członkowskiego UE lub EFTA – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym” zastępuje się wyrazami „państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa”,
 - w pkt 5 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa,”,
 - w pkt 6 wyrazy „o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 2a” zastępuje się wyrazami „o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 2a oraz ust. 1a”;
- 3) w art. 5:
 - a) w pkt 23 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa,”,
 - b) pkt 32 otrzymuje brzmienie:
„32) przepisy o koordynacji – przepisy dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w:
 - a) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów

zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.¹⁾),

- b) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.²⁾),
- c) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1),
- d) decyzjach wydanych na podstawie przepisów rozporządzeń, o których mowa w lit. a–c,
- e) umowie o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1),
- f) protokole w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10) oraz w decyzjach wydanych na podstawie tej umowy;”;

4) w art. 42b:

¹⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 43, Dz. Urz. UE L 338 z 22.12.2010, str. 35, Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1, Dz. Urz. UE L 149 z 08.06.2012, str. 4, Dz. Urz. UE L 349 z 19.12.2012, str. 45, Dz. Urz. UE L 158 z 10.06.2013, str. 1, Dz. Urz. UE L 188 z 09.07.2013, str. 10, Dz. Urz. UE L 346 z 20.12.2013, str. 27, Dz. Urz. UE L 76 z 22.03.2017, str. 13, Dz. Urz. UE L 186 z 11.07.2019, str. 21, Dz. Urz. UE L 29 z 31.01.2020, str. 7 oraz Dz. Urz. UE L 338 z 15.10.2020, str. 18.

²⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 338 z 22.12.2010, str. 35, Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1, Dz. Urz. UE L 149 z 08.06.2012, str. 4, Dz. Urz. UE L 349 z 19.12.2012, str. 45, Dz. Urz. UE L 346 z 20.12.2013, str. 27, Dz. Urz. UE L 366 z 20.12.2014, str. 15, Dz. Urz. UE L 76 z 22.03.2017, str. 13, Dz. Urz. UE L 54 z 24.02.2018, str. 18 oraz Dz. Urz. UE L 29 z 31.01.2020, str. 7.

- a) w ust. 1 wyrazy „państwa członkowskiego UE lub EOG” zastępuje się wyrazami „państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym”,
 - b) w ust. 4 wyrazy „państwie członkowskim UE lub EOG” zastępuje się wyrazami „państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie będącym stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EOG””;
- 5) w art. 42i:
- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Prezes Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanej dalej „wnioskodawcą”, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania albo instytucji miejsca pobytu w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub Zjednoczonym Królestwie, zwanych dalej „podmiotem uprawnionym”, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji.”,
 - b) w ust. 2 w pkt 1 po wyrazach „państwie członkowskim UE lub EFTA” dodaje się przecinek i wyrazy „lub Zjednoczonym Królestwie”,
 - c) w ust. 5 w pkt 1 w lit. f oraz w ust. 8 w pkt 1 po wyrazach „państwie członkowskim UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonym Królestwie,”,
 - d) w ust. 9 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa,”;
- 6) w art. 51 w ust. 1 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa,”;
- 7) w art. 68 w ust. 1 po wyrazach „art. 11 ust. 3 lit. e rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego” dodaje się wyrazy „lub art. SSC.10 ust. 3 lit. c protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do

umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony”;

8) w art. 75 ust. 1a otrzymuje brzmienie:

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

9) w art. 87 w ust. 8 w pkt 2 we wprowadzeniu do wyliczenia po wyrazach „państwie członkowskim UE lub EFTA” dodaje się przecinek i wyrazy „lub Zjednoczonym Królestwie”;

10) w art. 97:

a) w ust. 3a we wprowadzeniu do wyliczenia po wyrazach „państwach członkowskich UE lub EFTA” dodaje się przecinek i wyrazy „lub Zjednoczonym Królestwie”,

b) w ust. 3b w zdaniu drugim:

– po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA” dodaje się przecinek i wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa”,

– wyrazy „14 dni” zastępuje się wyrazami „21 dni”,

c) w ust. 3c w zdaniu drugim:

– po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA” dodaje się przecinek i wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa”,

– wyrazy „14 dni” zastępuje się wyrazami „21 dni”,

d) ust. 3d otrzymuje brzmienie:

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

11) w art. 136 w ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. 139a, przed upływem 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie

pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji, nie może zostać zwiększona kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji.”;

12) w art. 139a:

- a) w zdaniu pierwszym wyrazy „została wydana opinia” zastępuje się wyrazami „wydaje się opinię”,
- b) w zdaniu drugim po wyrazach „decyzja o pozwoleniu na użytkowanie” dodaje się przecinek i wyrazy „a w przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji”;

13) w art. 154 w ust. 3 w zdaniu drugim po wyrazach „stronie internetowej Funduszu” dodaje się wyrazy „po dokonaniu anonimizacji w zakresie danych osobowych oraz innych danych istotnych ze względu na identyfikację podmiotową osób niebędących stronami postępowania”;

14) w art. 188 w ust. 2b we wprowadzeniu do wyliczenia wyrazy „państw członkowskich Unii Europejskiej” zastępuje się wyrazami „państw członkowskich UE lub EOG”.

Art. 2. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 i 981) art. 4c otrzymuje brzmienie:

„Art. 4c. 1. W przypadkach uzasadnionych ochroną zdrowia publicznego, gdy występują poważne trudności w zakresie dostępności produktu leczniczego, który posiada kategorię dostępności, o której mowa w art. 23a ust. 1 pkt 3 lub 5, lub produktu leczniczego, o którym mowa w art. 2 pkt 30 lit. a, z wyłączeniem przypadku, gdy jest on przeznaczony do przeprowadzania szczepień, o których mowa w art. 17 i art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.³⁾), Prezes Urzędu, z uwzględnieniem bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego, może na czas określony wyrazić zgodę na zwolnienie:

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

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 2112 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159, 180, 255, 616 i 981.

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

Art. 3. 1. W przypadku gdy bank wypłacający emeryturę lub rentę pochodzącą ze Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej dokonał po dniu 31 grudnia 2020 r. zgłoszenia osoby pobierającej takie świadczenie do ubezpieczenia zdrowotnego, jest obowiązany w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy wystąpić do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z zapytaniem dotyczącym podlegania przez tę osobę, po dniu 31 grudnia 2020 r., ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty.

2. W przypadku niepotwierdzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia podlegania przez osobę, o której mowa w ust. 1, po dniu 31 grudnia 2020 r. ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty, bank wyrejestrowuje tę osobę z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 30 dni od dnia uzyskania odpowiedzi na zapytanie, o którym mowa w ust. 1. Wyrejestrowanie jest skuteczne od dnia dokonania zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1.

Art. 4. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 42k ust. 2 i art. 87 ust. 11 ustawy zmienianej w art. 1 zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 42k ust. 2 i art. 87 ust. 11 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 5. Do postępowań w sprawach, o których mowa w art. 42i oraz art. 97 ust. 3b i 3c ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy art. 97 ust. 3b i 3c ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 6. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 1, pkt 2 lit. a i lit. c tiret pierwsze – trzecie, pkt 3, 5–7, 9, pkt 10 lit. a oraz d oraz pkt 14, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 stycznia 2021 r.

UZASADNIENIE

Przedkładany projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy – Prawo farmaceutyczne ma na celu przede wszystkim dostosowanie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, do stanu prawnego powstałego w związku z wystąpieniem Zjednoczonego Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i stosowaniem przepisów umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1), zwanej dalej „umową o wystąpieniu”, oraz rozpoczęciem obowiązywania, z dniem 1 stycznia 2021 r., protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10), zwanego dalej „protokołem”.

Na mocy umowy o wystąpieniu i protokołu w relacjach ze Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem”, zachowane zostają uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych, na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z uprawnień w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie protokołu mogą korzystać obywatele Rzeczypospolitej Polskiej i Zjednoczonego Królestwa, którym nie przysługują takie uprawnienia na podstawie umowy o wystąpieniu. Ponadto art. SSC.5 protokołu, stanowiący odpowiednik art. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.), zawiera zasadę równego traktowania obywateli państw stron umowy w zakresie zabezpieczenia społecznego.

W związku z powyższym proponuje się wprowadzenie następujących zmian w ustawie:

- 1) uwzględnienie we wszystkich przepisach odwołujących się do państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym

Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE lub EFTA”, również Zjednoczonego Królestwa;

- 2) uzupełnienie definicji stosowanego w przepisach ustawy pojęcia „przepisy o koordynacji”, zawartej w art. 5 pkt 32 ustawy o świadczeniach, o protokół, a także umowę o wystąpieniu, która w zakresie zabezpieczenia społecznego, w szczególności rzeczowych świadczeń zdrowotnych, odsyła bezpośrednio do unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego;
- 3) uzupełnienie art. 68 ust. 1 ustawy o świadczeniach o odesłanie również do art. SSC.10 ust. 3 lit. c protokołu, będącego odpowiednikiem art. 11 ust. 3 lit. e rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego;
- 4) zmianę art. 97 ust. 3d ustawy o świadczeniach przez zastąpienie odesłania do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.) odesłaniem do przepisów o koordynacji, zgodnie z nową definicją obejmującą także protokół.

Dodatkowo należy wyjaśnić, że dostosowanie przepisów ustawy o świadczeniach do umowy o wystąpieniu i protokołu nie obejmuje uznawania skierowań wystawianych przez lekarzy z innych państw członkowskich Unii Europejskiej. Art. 59a ustawy o świadczeniach został dodany w ścisłym związku z implementacją 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, str. 45, z późn. zm.) i nie ma on żadnego związku z przepisami o koordynacji.

W art. 3 ustawy o świadczeniach, oprócz wskazanych powyżej zmian wynikających z uwzględnienia protokołu, proponuje się ponadto dodanie przepisu ust. 1a. Przepis ten umożliwi objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym cudzoziemców niemających obywatelstwa żadnego z państw UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa ani miejsca zamieszkania na terytorium tych państw, a jednocześnie spełniających warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym, którzy w aktualnym stanie prawnym nie mogą być zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego, z uwagi na nieposiadanie żadnego ze statusów pobytowych wskazanych w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy. Chodzi w tym przypadku o cudzoziemców, którzy są objęci

ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, z tytułów, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach. W praktyce proponowane rozwiązanie będzie miało znaczenie przede wszystkim dla cudzoziemców mogących podejmować na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej legalne zatrudnienie, wiążące się z obowiązkiem ubezpieczenia społecznego, mimo nieposiadania zezwolenia na pobyt lub wizy w celu wykonywania pracy. W obecnym stanie prawnym takim osobom odmawia się statusu osób ubezpieczonych, mimo iż z tytułu legalnego zatrudnienia w Rzeczypospolitej Polskiej są objęte składkami na ubezpieczenie emerytalne i rentowe oraz podatkiem dochodowym od osób fizycznych, co stanowi niczym nieuzasadnione ograniczenie praw omawianej grupy zatrudnionych w Rzeczypospolitej Polskiej cudzoziemców. Proponowana zmiana w art. 3 ust. 2 pkt 6 ustawy o świadczeniach jest konsekwencją dodania ust. 1a. Dzięki tej zmianie ubezpieczeniem zdrowotnym zostaną objęci również zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej członkowie rodzin cudzoziemców objętych dodawanym przepisem. Pozostałe zmiany w art. 3 ustawy o świadczeniach mają wyłącznie charakter redakcyjny.

W art. 42i ust. 1 ustawy o świadczeniach wprowadzono również korektę polegającą na usunięciu z katalogu podmiotów uprawnionych instytucji łącznikowej w innym państwie UE lub EFTA, z uwagi na to, że wymienienie tej instytucji w omawianym przepisie nie znajduje uzasadnienia w świetle unijnych przepisów o koordynacji. Zgodnie z przepisami o koordynacji instytucja łącznikowa jest podmiotem, który w głównej mierze jest odpowiedzialny za wykonywanie zadań powierzonych mu zgodnie z przepisami tytułu IV rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, tj. rozliczanie kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom objętym zakresem podmiotowym rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Analogiczne zadania pełnić będzie instytucja łącznikowa na podstawie protokołu. W dziesięcioletniej praktyce stosowania tych rozporządzeń nie odnotowano żadnego przypadku wystąpienia przez instytucję łącznikową innego państwa o wydanie zgody na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację na terytorium innego państwa UE lub EFTA.

Proponowane zmiany w art. 97 ust. 3b i 3c ustawy o świadczeniach, polegające na wydłużeniu z 14 do 21 dni terminów przekazania na rachunek odpowiednio urzędu

obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia albo urzędu właściwego wojewody środków zwróconych przez instytucję innego państwa, z tytułu kosztów odpowiednich świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, zostały wprowadzone ze względu na pojawiające się problemy w dotrzymaniu tych terminów, zgłaszane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”. W przypadku rozliczania kosztów na podstawie art. 97 ust. 3c ustawy o świadczeniach zwrot realizowany jest zarówno na poziomie centrali NFZ, jak i oddziału wojewódzkiego NFZ. Po zidentyfikowaniu podstawy zwrotu kosztów z instytucji zagranicznej za świadczenia finansowane z dotacji wojewody, centrala NFZ przygotowuje komplet dokumentów księgowych, zawierających m.in. dane osób, których dotyczy zrealizowana płatność, na podstawie których dokonywany jest zwrot otrzymanych środków do odpowiednich oddziałów wojewódzkich NFZ. Komplet sporządzonej dokumentacji musi zostać przekazany do oddziału wojewódzkiego NFZ, w którym ponownie dokonywana jest odpowiednia ewidencja w księgach rachunkowych, a następnie środki przekazywane są wraz z przygotowanym przez oddział wojewódzki NFZ kompletem dokumentów księgowych do właściwego wojewody w celu rozliczenia środków zwróconych przez inne państwa UE lub EFTA. Jedną płatnością instytucja zagraniczna może regulować od kilku do kilkunastu roszczeń zbiorczych, które na gruncie prawa krajowego wymagają uruchomienia dodatkowych odrębnych dla każdego roszczenia zbiorczego procesu rozliczenia ze względu na dotacyjne źródło środków finansowych. W rezultacie proces ten bardzo często nie mieści się w obecnych ramach czasowych po stronie centrali NFZ i oddziałów wojewódzkich NFZ, w związku z powyższym zaproponowano wydłużenie obecnych terminów.

W art. 136 w ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach proponuje się doprecyzowanie, polegające na wskazaniu zdarzenia rozpoczynającego bieg zawartego w tym przepisie 5-letniego okresu, po którego upływie może zostać zwiększona kwota zobowiązania z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem danej inwestycji podlegającej opiniowaniu na podstawie art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie. W przypadku takich inwestycji wskazany termin powinien być liczony od dnia, w którym faktycznie przystąpiono do użytkowania inwestycji.

W art. 139a ustawy o świadczeniach proponuje się dwie zmiany. Zmiana w zdaniu pierwszym polega na zastąpieniu słów: „w przypadku której została wydana opinia” słowami:

„w przypadku której wydaje się opinię” i ma charakter korekty legislacyjnej, w wyniku której przepis ten uzyska sens zgodny z zamierzeniem ustawodawcy, wyrażonym w uzasadnieniu ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2345). Zmiana wprowadzona w zdaniu drugim art. 139a jest analogiczna do zmiany w art. 136 ust. 2 pkt 3.

Proponowana zmiana w art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach, polegająca na wprowadzeniu obowiązku anonimizacji upublicznianej zgodnie z tym przepisem decyzji administracyjnej, w zakresie danych osobowych oraz innych danych istotnych ze względu na identyfikację podmiotową, ma na celu zapewnienie zgodności tego przepisu z aktualnie obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.

Proponowana zmiana w art. 188 ust. 2b ustawy o świadczeniach polega na uwzględnieniu w tym przepisie państw stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym.

Proponowany art. 2 projektu ustawy wprowadzający zmianę w art. 4c ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 i 981) ma na celu w przypadkach uzasadnionych ochroną zdrowia publicznego, gdy występują poważne trudności w zakresie dostępności produktu leczniczego, jakim są szczepionki, umożliwienie dopuszczenia do obrotu szczepionek w opakowaniach obcojęzycznych, z wyłączeniem przypadku, gdy jest on przeznaczony do przeprowadzania szczepień, o których mowa w art. 17 i art. 19 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm.), po uprzednim wyrażeniu zgody przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Zgoda ta jest wyrażana dla określonej liczby opakowań produktu leczniczego. Dotychczas możliwość ta była ograniczona wyłącznie do produktów leczniczych, które posiadały kategorię dostępności, o której mowa w art. 23a ust. 1 pkt 3 lub 5 tej ustawy, tzn. wydawanych z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania oraz stosowanych wyłącznie w lecznictwie zamkniętym. Proponowana zmiana jest związana z sytuacją epidemiczną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wywołaną zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 i koniecznością umożliwienia jak najskuteczniejszych działań zmierzających do jej ograniczenia przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa stosowania wskazanych produktów leczniczych. Wprowadzona możliwość zwolnienia we wskazanym zakresie przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

została wyłączona dla szczepionek tzw. „populacyjnych”, stosowanych na szeroką skalę, tj. szczepionek obowiązkowych stosowanych w ramach Programu Szczepień Ochronnych oraz szczepionek zalecanych.

W okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia wejścia w życie projektowanej ustawy, czyli po upływie okresu przejściowego, o którym mowa w umowie o wystąpieniu, mogły wystąpić sytuacje, w których banki wypłacające świadczenia emerytalno-rentowe transferowane ze Zjednoczonego Królestwa zgłaszały osoby pobierające te świadczenia do ubezpieczenia zdrowotnego, mimo że zgodnie z postanowieniami umowy o wystąpieniu i protokołu takie osoby podlegają wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu w Zjednoczonym Królestwie (w przypadku nieposiadania jednocześnie polskiej emerytury lub renty). Takie działanie banków było prawidłowe w świetle przepisów polskiego prawa, mając na uwadze, że po dniu 31 grudnia 2020 r. przepisy art. 75 ust. 1a i 1b ustawy o świadczeniach nie obejmowały już Zjednoczonego Królestwa. W związku z powyższym konieczne jest wprowadzenie przepisów przejściowych, zawartych w art. 3 projektowanej ustawy, które zobligują banki do wyrejestrowania, z mocą wsteczną, z ubezpieczenia zdrowotnego osób, które nie powinny zostać zgłoszone do tego ubezpieczenia w omawianym okresie, co pozwoli także na zwrot niesłusznie pobranych składek.

Proponuje się, aby projektowana ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisów dostosowujących przepisy ustawy o świadczeniach do postanowień protokołu, które wejdą w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 stycznia 2021 r. Rozwiązanie takie jest konieczne z uwagi na obowiązywanie protokołu od tej daty. W szczególności umożliwi ono rozliczenie przez NFZ kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, które mogły zostać udzielone po dniu 31 grudnia 2020 r. osobom uprawnionym do takich świadczeń na podstawie protokołu, zarówno w odniesieniu do osób ubezpieczonych w Zjednoczonym Królestwie (rozliczanie kosztów świadczeń z polskimi świadczeniodawcami), jak i polskich ubezpieczonych korzystających w tym okresie ze świadczeń zdrowotnych na terytorium Zjednoczonego Królestwa (rozliczenie z instytucjami brytyjskimi). Powyższe rozwiązanie nie stoi w sprzeczności z zasadami demokratycznego państwa prawnego, ponieważ omawiane przepisy nie nakładają żadnych obciążeń na obywateli ani podmioty gospodarcze.

Projekt ustawy nie wywiera wpływu na mikro-, małe i średnie przedsiębiorstwa, w tym także na producentów szczepionek. Z punktu widzenia miejsca przeznaczenia szczepionki dla

producenta pozostaje bez znaczenia, gdzie nastąpi jej zbycie. Jeżeli polskie przepisy uniemożliwią zbycie produktu z etykietą i ulotką w języku obcym, producent znajdzie innego odbiorcę, na co wskazuje praktyka w innych krajach.

Projekt 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.

Projektowane regulacje nie są sprzeczne z prawem Unii Europejskiej.

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

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanej ustawy umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.

<p>Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy – Prawo farmaceutyczne</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Waldemar Kraska, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Rafał Bułanowski, Główny Specjalista w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: e.tomaszewska@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 13 sierpnia 2021 r.</p> <p>Źródło: Inicjatywa własna</p> <p>Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UC78</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. W związku z wystąpieniem Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, z Unii Europejskiej i stosowaniem przepisów umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1), zwanej dalej „umową o wystąpieniu”, oraz rozpoczęciem obowiązywania, z dniem 1 stycznia 2021 r., protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10), zachowane zostają uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Konieczne jest uwzględnienie umowy o wystąpieniu i protokołu w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w sposób analogiczny do tego, w jaki zostały w tej ustawie uwzględnione wcześniej przepisy o koordynacji, o których mowa w art. 5 pkt 32 ustawy o świadczeniach.
2. Brak jest regulacji zobowiązujących banki do wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia z tytułu pobierania brytyjskiej emerytury lub renty, niezgodnie z postanowieniami umowy o wystąpieniu i protokołu, w okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia wejścia w życie projektowanej ustawy.
3. Cudzoziemcy niemający obywatelstwa żadnego z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwem UE lub EFTA”, lub Zjednoczonego Królestwa ani miejsca zamieszkania na terytorium tych państw, a jednocześnie spełniający warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym w związku z zatrudnieniem w Rzeczypospolitej Polskiej, w aktualnym stanie prawnym nie mogą być zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego, z uwagi na nieposiadanie żadnego ze statusów pobytowych wskazanych w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach.
4. Przepisy art. 136 ust. 2 pkt 3 oraz art. 139a ustawy o świadczeniach wymagają doprecyzowania.
5. Art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach budzi zastrzeżenia w świetle obowiązujących regulacji z zakresu ochrony danych, z uwagi na brak obowiązku anonimizacji danych osobowych zawartych w upublicznianych zgodnie z tym przepisem decyzjach administracyjnych Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”.
6. W świetle aktualnie obowiązujących przepisów nie ma możliwości dopuszczenia do obrotu szczepionek w opakowaniach obcojęzycznych z ulotkami informacyjnymi w językach obcych, w sytuacji np. wywołanej zakażeniami wirusem COVID-19. Może to stwarzać barierę dla dostępności szczepionek przeciwko temu wirusowi. Mając na uwadze, iż zagraniczni producenci szczepionek mogą zrezygnować z realizowania dostaw do Polski, gdyż będzie się to wiązało z dodatkowymi nakładami związanymi z koniecznością zapewnienia polskojęzycznych informacji na opakowaniach i ulotkach, należy przewidzieć możliwość zwolnienia niektórych kategorii szczepionek z konieczności spełniania ww. wymagań.

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

1. Proponuje się wprowadzenie w ustawie o świadczeniach zmian polegających na uwzględnieniu we wszystkich przepisach odwołujących się do państw UE lub EFTA również Zjednoczonego Królestwa oraz rozszerzenie definicji stosowanego w tej ustawie pojęcia „przepisy o koordynacji” w taki sposób, aby obejmowała również protokół, a także umowę o wystąpieniu.
2. Proponuje się wprowadzenie regulacji przejściowej, obligującej banki do wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego osób, które w okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia wejścia w życie projektowanej ustawy zostały zgłoszone do tego ubezpieczenia, z tytułu pobierania brytyjskiej emerytury lub renty, niezgodnie z postanowieniami umowy o wystąpieniu i protokołu.
3. Proponuje się wprowadzenie przepisu stanowiącego o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym cudzoziemców niemających obywatelstwa żadnego z państw UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa ani miejsca zamieszkania na terytorium tych

państw, a jednocześnie spełniających warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym, w związku z wykonywaniem pracy w Polsce, również w przypadku nieposiadania żadnego ze statusów pobytowych wskazanych w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

4. Proponuje się doprecyzowanie art. 136 ust. 2 pkt 3 oraz art. 139a ustawy o świadczeniach, przez określenie zdarzenia rozpoczynającego bieg wskazanego w tych przepisach 5-letniego terminu, w przypadku gdy dla inwestycji nie wydaje się pozwolenia na użytkowanie, a dodatkowo wprowadza się korektę w brzmieniu art. 139a zdanie pierwsze.
5. Proponuje się uzupełnienie art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach o obowiązek anonimizacji danych osobowych zawartych w upublicznianych na podstawie tego przepisu decyzjach administracyjnych.
6. Proponuje się zmianę art. 4c ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 i 981), mającą na celu rozszerzenie o niektóre szczepionki katalogu produktów, w stosunku do których Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych może wyrazić czasową zgodę na odstąpienie od umieszczania na opakowaniu i ulotce niektórych danych szczególnych lub sporządzenia oznakowania opakowania i ulotki dołączanej do opakowania w języku polskim w całości lub części. Taka możliwość nie powinna jednak obejmować szczepionek obowiązkowych stosowanych w ramach Programu Szczepień Ochronnych ani szczepionek zalecanych, które to kategorie szczepionek uznać należy za swego rodzaju standard na rodzimym rynku, których nie powinny dotknąć przypadki uzasadniające możliwość zastosowania ww. zwolnień.

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

Zgodnie z wiedzą projektodawcy szczepionki z obcojęzyczną etykietą i treścią ulotki są w praktyce obecnie stosowane w Bułgarii, Chorwacji, Czechach, Estonii, na Łotwie, Słowacji, Węgrzech i Cyprze – w ramach tzw. *late differentiation*.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Fundusz	Centrala i 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu	ustawa o świadczeniach	Pełnienie funkcji instytucji właściwej, instytucji miejsca pobytu i instytucji łącznikowej dla celów stosowania protokołu.
Świadczeniobiorcy	34,1 mln	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	Możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie.
Banki prowadzące działalność w Rzeczypospolitej Polskiej	100	Związek Banków Polskich	Obowiązek wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego osób, które w okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia wejścia w życie projektowanej ustawy zostały zgłoszone do tego ubezpieczenia, z tytułu pobierania brytyjskiej emerytury lub renty, niezgodnie z postanowieniami protokołu.
Prezes Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	1	ustawa z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 836)	Możliwość wydania zgody o dopuszczeniu do obrotu niektórych szczepionek w opakowaniach obcojęzycznych lub bez zawarcia na etykiecie lub w ulotce niektórych danych szczegółowych dotyczących produktu leczniczego immunologicznego.
Cudzoziemcy niemający obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa zatrudnieni w Rzeczypospolitej Polskiej, nieposiadający żadnego ze statusów pobytowych wskazanych w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach	*		Uzyskanie prawa do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu wykonywania pracy zarobkowej, związanej z podleganiem ubezpieczeniu społecznemu.

* Brak jest danych na temat liczby cudzoziemców, którzy podlegają ubezpieczeniu społecznemu z tytułu wykonywania legalnej pracy zarobkowej w Rzeczypospolitej Polskiej, a jednocześnie nie powinni być zgłaszani do ubezpieczenia zdrowotnego, w związku z niespełnieniem żadnego z warunków określonych w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach. Natomiast, mając na

uwadze, że aktualne przepisy stwarzają możliwość zatrudniania cudzoziemców spoza UE lub EFTA nieposiadających wizy w celu wykonywania pracy ani zezwolenia na pobyt, należy sądzić, że liczba ta jest znaczna, w szczególności biorąc pod uwagę znaczną liczbę pracowników z Ukrainy. Jednocześnie z informacji uzyskanej wcześniej od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, że liczba cudzoziemców podlegających ubezpieczeniu społecznemu i jednocześnie niezgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego jest marginalna (według stanu na 31.10.2019 r. dotyczyło to tylko 32 osób). Jak się wydaje, jedynym wytłumaczeniem takiego stanu rzeczy jest to, iż w praktyce pracodawcy/zleceniodawcy/osoby samozatrudnione zazwyczaj nie respektują brzmienia art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach i zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego osoby, które zgodnie z ustawą nie powinny w ogóle podlegać temu ubezpieczeniu, natomiast Zakład Ubezpieczeń Społecznych przyjmuje takie zgłoszenia bez odpowiedniej weryfikacji i przekazuje je do Funduszu, skutkiem czego osoby te figurują w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych i korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższym proponowana nowelizacja ustawy o świadczeniach w istocie rzeczy, w znakomitej większości przypadków, oznaczałaby jedynie usankcjonowanie już istniejącej praktyki.

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

Odnosnie do projektu ustawy nie prowadzono tzw. prekonsultacji.

Projekt został przekazany w ramach konsultacji publicznych i opiniowania, z 7-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) Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 7) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 8) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 9) Polskiemu Towarzystwu Medycyny Rodzinnej;
- 10) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 11) Stowarzyszeniu „Dla Dobra Pacjenta”;
- 12) Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 13) Federacji Pacjentów Polskich;
- 14) Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej
- 15) Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
- 16) Niezależnemu Samorządemu Związkowi Zawodowemu „Solidarność”;
- 17) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 18) Forum Związków Zawodowych;
- 19) Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 20) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 21) Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
- 22) Związkowi Rzemiosła Polskiego;
- 23) Konfederacji „Lewiatan”;
- 24) Związkowi Banków Polskich;
- 25) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
- 26) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
- 27) Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
- 28) Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 29) Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 30) Głównemu Inspektorowi Farmaceutycznemu;
- 31) Izbie Gospodarczej Właścicieli Punktów Aptecznych i Aptek.

Skrócenie terminu na zgłaszanie uwag wynikało z potrzeby jak najszybszego dostosowania przepisów ustawy o świadczeniach do umowy o wystąpieniu oraz obowiązującej od dnia 1 stycznia 2021 r. umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem, z drugiej strony.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.), projekt ustawy został 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 zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]										Łącznie (0-10)	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

		Obywatele i inne osoby zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej uzyskają lepszy dostęp do szczepień przeciwko COVID-19. Cudzoziemcy objęci ubezpieczeniem społecznym z tytułu wykonywania legalnej pracy w Rzeczypospolitej Polskiej, którzy nie mogą uzyskać obecnie statusu osób ubezpieczonych w Funduszu, w związku z ograniczeniami wynikającymi z art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, uzyskają ten status.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projekt ustawy nie wywiera wpływu na przedsiębiorstwa, w tym także na producentów szczepionek. Z punktu widzenia miejsca przeznaczenia szczepionki dla producenta pozostaje bez znaczenia, gdzie nastąpi jej zbycie. Jeżeli polskie przepisy uniemożliwią zbycie produktu z etykietą i ulotką w języku obcym, producent znajdzie innego odbiorcę, na co wskazuje praktyka w innych krajach.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
9. Wpływ na rynek pracy		
Projekt nie ma wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie
Omówienie wpływu	Dzięki wprowadzanym regulacjom świadczeniobiorcy zyskają możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie. Proponowane regulacje będą miały pozytywny wpływ z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do szczepień przeciwko COVID-19.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby projektowana ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisów dostosowujących przepisy ustawy o świadczeniach do postanowień protokołu, które wejdą w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 stycznia 2021 r.		
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.)		
Raport z konsultacji publicznych i opiniowania do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy – Prawo farmaceutyczne.		

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH i OPINIOWANIA

do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy – Prawo farmaceutyczne

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248), z chwilą skierowania ww. projektu ustawy 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 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie art. 5 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.

W toku konsultacji publicznych i opiniowania stanowiska zostały przekazane jedynie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Business Centre Club.

Poniżej zestawienie uwag wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia.

L.p.	Zgłaszający uwagę	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi (zachowano oryginalną pisownię)	Stanowisko Ministerstwa Zdrowia
1.	NFZ	art. 1 pkt 2 lit. b	<p>W zakresie zmian wprowadzonych do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 398, z późn. zm.) - w art. 1 w pkt 2 lit. b projektowanej regulacji (dotyczącym art. 3 ust. 1a ustawy) przepis w zaproponowanym brzmieniu może powodować negatywne konsekwencje w zakresie kierowania przez Prezesa NFZ do przeprowadzenia leczenia poza granicami kraju.</p> <p>Mając na uwadze brzmienie art. 2, art. 42i ust. 1 i art. 42j ust. 1 ww. ustawy oraz proponowaną zmianę przepisu, polegającą na dodaniu ust. 1a w art. 3 zmienianej ustawy w brzmieniu: „1a. <i>Ubezpieczonymi są także inne niż wymienione w ust. 1 pkt 2-3 osoby nieposiadające obywatelstwa państwa UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z art. 66 ust. 1 pkt 1.</i>”, rozwiązanie takie, może spowodować możliwość</p>	<p><u>Uwaga niezasadna.</u></p> <p>Z informacji uzyskanej od ZUS liczba cudzoziemców podlegających ubezpieczeniom społecznym i jednocześnie niezgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego jest w istocie marginalna (według stanu na 31.10.2019 r. dotyczyło to tylko 32 osób). Biorąc pod uwagę fakt, iż aktualne przepisy dot. zatrudniania cudzoziemców stwarzają pole do zatrudniania również takich osób nieposiadających wiz w celu wykonywania pracy ani zezwolenia na pobyt, należy zakładać, że w praktyce pracodawcy/ zleceniodawcy/ osoby samozatrudnione niejednokrotnie nie respektują brzmienia art. 3 ust.</p>

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH i OPINIOWANIA

do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy – Prawo farmaceutyczne

			<p>korzystania z leczenia planowanego, prowadzonego za granicą na koszt Narodowego Funduszu Zdrowia (przez osoby wymienione w projektowanej regulacji) bez żadnych ograniczeń. Przepisy art. 42i oraz art. 42j ww. ustawy odnoszą się bowiem do pojęcia świadczeniobiorcy i wnioskodawcy nie wprowadzając żadnego dodatkowego ograniczenia związanego z miejscem zamieszkania.</p>	<p>1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292) i zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego osoby, które zgodnie z ustawą nie powinny podlegać temu ubezpieczeniu, a ZUS przyjmuje takie zgłoszenia bez odpowiedniej weryfikacji. Jednocześnie aktualne przepisy zamykają drogę do ubezpieczenia zdrowotnego tym nielicznym cudzoziemcom, których pracodawcy zleceniodawcy, w oparciu o te przepisy, odmówili zgłoszenia do ubezpieczenia ze względu na brak odpowiedniego statusu pobytowego.</p> <p>W związku z powyższym proponowana nowelizacja w istocie rzeczy, w znakomitej większości przypadków, oznaczałaby jedynie usankcjonowanie już istniejącej praktyki.</p> <p>Ponadto należy podkreślić, że cudzoziemcy nieposiadający obywatelstwa państwa UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, i nieposiadający miejsca zamieszkania na terytorium RP, nie będą mogli korzystać z uprawnień wynikających z art. 42i ustawy, bowiem nie spełniają warunku określonego w unijnych przepisach o koordynacji.</p>
2.	Business Centre Club		<p>Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy Prawo farmaceutyczne ma na celu przede wszystkim dostosowanie przepisów ustawy do stanu prawnego powstałego w związku z rozpoczęciem obowiązywania z 1 stycznia 2021 r. protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do Umowy o Handlu i</p>	<p>Stanowisko BCC nie zawiera żadnych uwag do projektu, a jedynie streszcza część zawartych w nim propozycji.</p>

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH i OPINIOWANIA

do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy – Prawo farmaceutyczne

		<p>Współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony, gdzie zachowane zostają uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych, na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.</p> <p>Z uprawnień w zakresie rzeczowych świadczenia zdrowotnych na podstawie protokołu mogą korzystać obywatele Rzeczypospolitej Polskiej i Zjednoczonego Królestwa, którym nie przysługują takie uprawnienia na podstawie Umowy o Wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej.</p> <p>Proponowany zapis projektowanej ustawy wprowadzający zmianę ustawy Prawo farmaceutyczne ma na celu, w przypadkach uzasadnionych ochroną zdrowia publicznego, gdy występują poważne trudności w zakresie dostępności produktu leczniczego jakim są szczepionki, umożliwienie dopuszczenia do obrotu szczepionek w opakowaniach obcojęzycznych, po uprzednim wyrażeniu zgody przez Prezesa Urzędu Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Zgoda ta jest wyrażana dla określonej ilości opakowań produktu leczniczego. Dotychczas możliwość ta była ograniczona wyłącznie do produktów leczniczych, które posiadały kategorię leków wydawanych z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania oraz stosowanych wyłącznie w lecnictwie zamkniętym.</p>	
--	--	---	--

TABELA ZGODNOŚCI

TYTUŁ PROJEKTU		Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy – Prawo farmaceutyczne		
TYTUŁ AKTU PRAWNEGO UE		Protokół w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10), zwany dalej „protokołem”		
WYJAŚNIENIE TERMINU WEJŚCIA W ŻYCIE PROJEKTU USTAWY		Termin wejścia w życie ustawy uwzględnia konieczność stosowania przepisów protokołu od dnia 1 stycznia 2021 r.		
l.p.	jednostka redakcyjna protokołu	treść przepisu UE	jednostka redakcyjna ustawy	treść przepisu/przepisów projektu ustawy
1.	Art. SSC.5 ust. 1	1. O ile niniejszy Protokół nie stanowi inaczej, w odniesieniu do działań systemu zabezpieczenia społecznego objętych art. SSC.3 ust. 1 [Zagadnienia objęte Protokołem], osoby, do których stosuje się niniejszy Protokół, korzystają z tych samych świadczeń i podlegają tym samym obowiązkom na mocy ustawodawstwa każdego państwa, co jego obywatele.	Art. 1 pkt 2 i 3	Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292) wprowadza się następujące zmiany: (...) 2) w art. 3: a) w ust. 1: – pkt 1 otrzymuje brzmienie: „1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa,”

				<ul style="list-style-type: none"> – w pkt 2 wyrazy „państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EOG”, lub Konfederacji Szwajcarskiej” zastępuje się wyrazami „państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa”, – pkt 3 otrzymuje brzmienie: <ul style="list-style-type: none"> „3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa”, – w pkt 4 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie: <ul style="list-style-type: none"> „osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte.”, <p>(...)</p> <p>c) w ust. 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> – w pkt 1 i 4 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA” dodaje się przecinek i wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa”, – w pkt 2 wyrazy „państwa członkowskiego UE lub EFTA – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym” zastępuje się wyrazami „państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa”, – w pkt 5 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa, (...).”; <p>3) w art. 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) w pkt 23 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa,”, b) pkt 32 otrzymuje brzmienie:
--	--	--	--	---

				<p>„32) przepisy o koordynacji – przepisy dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.), b) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.), c) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1), d) decyzjach wydanych na podstawie przepisów rozporządzeń, o których mowa w lit. a–c, e) umowie o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1), f) protokole w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10) oraz w decyzjach wydanych na podstawie tej umowy;”;
2.	Art. SSC.15	Ubezpieczony lub członkowie jego rodziny, którzy mają miejsce zamieszkania w innym państwie niż właściwe państwo, otrzymują	Art. 1 pkt 3	<p>3) w art. 5:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) w pkt 23 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa,”,

		<p>w państwie miejsca zamieszkania świadczenia rzeczowe udzielane, w imieniu instytucji właściwej, przez instytucję miejsca zamieszkania, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa tak, jak gdyby byli oni ubezpieczeni na mocy tego ustawodawstwa.</p>		<p>b) pkt 32 otrzymuje brzmienie: „32) przepisy o koordynacji – przepisy dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.), b) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.), c) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1), d) decyzjach wydanych na podstawie przepisów rozporządzeń, o których mowa w lit. a–c, e) umowie o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1), f) protokole w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10) oraz w decyzjach wydanych na podstawie tej umowy;”
--	--	---	--	--

3.	Art. SSC.17 ust. 1	<p>1. O ile postanowienia ust. 2 nie stanowią inaczej, ubezpieczony i członkowie jego rodziny przebywający w państwie innym niż państwo właściwe są uprawnieni do świadczeń rzeczowych udzielanych w imieniu instytucji właściwej, przez instytucję miejsca zamieszkania zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem tak, jak gdyby osoba ta była ubezpieczona na podstawie tego ustawodawstwa, jeżeli:</p> <p>(a) świadczenia rzeczowe stają się niezbędne ze względów medycznych w czasie jej pobytu, w opinii świadczeniodawcy świadczeń rzeczowych, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń i przewidywanego czasu pobytu;</p> <p>(b) osoba nie udała się do tego państwa w celu uzyskania świadczeń rzeczowych, chyba że jest pasażerem lub członkiem załogi statku lub samolotu podróżującego do tego państwa, a świadczenia rzeczowe stały się konieczne ze względów medycznych podczas podróży lub lotu; oraz</p> <p>(c) okazano ważny dokument uprawniający do świadczeń zgodnie z art. SSCI.22(1) Pobyt w państwie</p>	art. 1 pkt 3	<p>3) w art. 5:</p> <p>a) w pkt 23 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa,”</p> <p>b) pkt 32 otrzymuje brzmienie: „32) przepisy o koordynacji – przepisy dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w:</p> <p>a) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.),</p> <p>b) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.),</p> <p>c) rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1),</p> <p>d) decyzjach wydanych na podstawie przepisów rozporządzeń, o których mowa w lit. a–c,</p> <p>e) umowie o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1),</p> <p>f) protokole w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10) oraz w decyzjach wydanych na podstawie tej umowy;”</p>
----	-----------------------	--	--------------	--

		innym niż właściwe państwo] załącznika SSC-7 [Część wykonawcza].		
4.	Art. SSC.18	<p>1. O ile niniejszy Protokół nie stanowi inaczej, ubezpieczony udający się do innego państwa w celu uzyskania świadczeń rzeczowych w czasie tego pobytu ubiega się o zezwolenie instytucji właściwej.</p> <p>2. Ubezpieczony, który uzyskał zezwolenie instytucji właściwej na udanie się do innego państwa w celu poddania się leczeniu odpowiedniemu do jego stanu, otrzymuje świadczenia rzeczowe udzielane, w imieniu instytucji właściwej, przez instytucję miejsca pobytu, zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa tak, jak gdyby był on ubezpieczony na mocy wspomnianego ustawodawstwa. Zezwolenie zostaje wydane, jeżeli przedmiotowe leczenie należy do świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo państwa, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania oraz jeżeli nie może on uzyskać takiego leczenia w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia, z uwzględnieniem jego aktualnego stanu zdrowia oraz prawdopodobnego przebiegu choroby.</p>	Art. 1 pkt 5	<p>5) w art. 42i:</p> <p>a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:</p> <p>„1. Prezes Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanej dalej „wnioskodawcą”, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania albo instytucji miejsca pobytu w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub Zjednoczonym Królestwie, zwanych dalej „podmiotem uprawnionym”, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji.”,</p> <p>b) w ust. 2 w pkt 1 po wyrazach „państwie członkowskim UE lub EFTA” dodaje się przecinek i wyrazy „lub Zjednoczonym Królestwie”,</p> <p>c) w ust. 5 w pkt 1 w lit. f oraz w ust. 8 w pkt 1 po wyrazach „państwie członkowskim UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonym Królestwie,”,</p> <p>d) w ust. 9 po wyrazach „państwa członkowskiego UE lub EFTA,” dodaje się wyrazy „lub Zjednoczonego Królestwa,”</p>

		3. Postanowienia ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do członków rodziny ubezpieczonego.		
5.	Art. SSC.22	<p>1. Osoba, która:</p> <p>(a) zamieszkuje w danym państwie;</p> <p>(b) pobiera emeryturę lub rentę albo emerytury lub renty na podstawie ustawodawstwa jednego lub kilku państw; oraz</p> <p>(c) nie jest uprawniona do świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa państwa miejsca zamieszkania,</p> <p>niemniej otrzymuje takie świadczenia dla siebie i członków swojej rodziny, o ile emeryt lub rencista byłby do nich uprawniony na mocy ustawodawstwa państwa właściwego dla jego emerytury lub renty lub co najmniej jednego z państw właściwych, jeżeli osoba ta zamieszkiwała w tym państwie. Świadczenia rzeczowe udzielane są na rachunek instytucji, określonej w ust. 2, przez instytucję miejsca zamieszkania, tak jak gdyby zainteresowany był uprawniony do emerytury lub renty i świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa tego państwa.</p>	Art. 1 pkt 8 i Art. 3	<p>8) w art. 75 ust. 1a otrzymuje brzmienie:</p> <p>„1a. W przypadku dokonywania wypłaty emerytury lub renty pochodzącej z innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub ze Zjednoczonego Królestwa, bank kieruje do Funduszu zapytanie dotyczące podlegania przez tę osobę ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty.”;</p> <p>Art. 3. 1. W przypadku gdy bank wypłacający emeryturę lub rentę pochodzącą ze Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej dokonał po dniu 31 grudnia 2020 r. zgłoszenia osoby pobierającej takie świadczenie do ubezpieczenia zdrowotnego, jest obowiązany w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy wystąpić do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z zapytaniem dotyczącym podlegania przez tę osobę, po dniu 31 grudnia 2020 r., ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty.</p> <p>2. W przypadku niepotwierdzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia podlegania przez osobę, o której mowa w ust. 1, po dniu 31 grudnia 2020 r. ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty, bank wyrejestrowuje tę osobę z ubezpieczenia zdrowotnego w terminie 30 dni od dnia uzyskania odpowiedzi na zapytanie, o którym mowa w ust. 1. Wyrejestrowanie jest skuteczne od dnia dokonania zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1.</p>

		<p>2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, ciężar kosztów świadczeń rzeczowych spoczywa na instytucji określonej zgodnie z następującymi zasadami:</p> <p>(a) w przypadku gdy emeryt lub rencista jest traktowany tak, jak gdyby był uprawniony do świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa jednego państwa, koszty tych świadczeń ponosi instytucja właściwa tego państwa;</p> <p>(b) jeżeli emeryt lub rencista ma prawo do świadczeń rzeczowych na podstawie ustawodawstwa dwóch lub kilku państw, koszty tych świadczeń ponoszone są przez instytucję właściwą państwa, którego ustawodawstwu uprawniony podlegał najdłużej;</p> <p>(c) w przypadku gdy stosowanie zasady przewidzianej w lit. b) spowodowałoby nałożenie ciężaru świadczeń na kilka państw, ciężar ten spoczywa na tej z instytucji właściwych, której ustawodawstwu uprawniony podlegał ostatnio.</p>		
--	--	---	--	--

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu²⁾

Na podstawie art. 42k ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o:
 - a) wydanie zgody przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem Funduszu”, na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie będącym stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”,
 - b) wydanie zgody przez Prezesa Funduszu na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanych dalej „państwami członkowskimi UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem”, świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń udzielanych

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie w zakresie swojej regulacji wdraża dyrektywę 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 oraz Dz. Urz. UE L 353 z 28.12.2013, str. 8).

zgodnie z przepisami o koordynacji, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń,

- c) skierowanie przez Prezesa Funduszu, do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a także wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń;
- 2) wzory wniosków, o których mowa w pkt 1;
- 3) tryb składania i rozpatrywania wniosku o wydanie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju oraz wzór tego wniosku;
- 4) tryb pokrywania kosztów leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a uzyskanych poza granicami kraju;
- 5) tryb pokrywania kosztów transportu osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju.

§ 2. 1. Wzór wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wypełnia odpowiednio część I.B, II i VI wniosku i przekazuje wniosek lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego posiadającemu specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, zwanemu dalej „lekarzem specjalistą”.

3. Lekarz specjalista wypełnia część III wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b.

4. W przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 1 lit. b, lekarz specjalista, wypełniając część III wniosku, stwierdza, czy w danym przypadku zachodzi konieczność zastosowania określonego środka transportu w celu przewiezienia osoby, której dotyczy wniosek, do miejsca udzielenia świadczenia, oraz wskazuje ten środek, uzasadniając jego wybór.

5. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, przekazuje do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI, wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym tym wnioskiem.

§ 3. 1. Wzór wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

2. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wypełnia część I.B, II i VI wniosku i przekazuje wniosek lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego – specjalście w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, posiadającemu tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora nauk medycznych albo doktora habilitowanego nauk medycznych.

3. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, wypełnia część III wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c. Przepis § 2 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

4. Osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, przekazuje do Prezesa Funduszu wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym tym wnioskiem.

§ 4. Prezes Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wzywa się osobę, która złożyła wniosek, do ich usunięcia, w terminie nie krótszym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

§ 5. 1. Prezes Funduszu może, w części I.C. wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż dopuszczalny czas oczekiwania określony we wniosku, po dokonaniu niezbędnych uzgodnień z tym świadczeniodawcą.

2. W przypadku wskazania świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1, Prezes Funduszu wydaje decyzję w sprawie odmowy wydania wnioskodawcy zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie.

3. Przed wydaniem decyzji w sprawie wydania zgody, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, Fundusz dokonuje z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych uzgodnień dotyczących w szczególności wstępnych kosztów udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek. W przypadku gdy przedmiotem wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. b, jest także pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń Fundusz ustala średnie szacunkowe koszty tego transportu.

4. Prezes Funduszu może przesłać wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie

medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, zwanego dalej „konsultantem wojewódzkim”, w celu zaopiniowania.

5. Prezes Funduszu przesyła wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem, do konsultanta wojewódzkiego, w przypadku gdy wnosi o to osoba składająca wniosek.

6. Konsultant wojewódzki przekazuje do Prezesa Funduszu, w terminie nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, ten wniosek zaopiniowany w części IV, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem.

7. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, termin, o którym mowa w ust. 6, może zostać jednorazowo przedłużony, na wniosek konsultanta wojewódzkiego złożony przed upływem tego terminu, o 5 dni roboczych od dnia złożenia wniosku.

8. W przypadku gdy konsultant wojewódzki nie jest właściwy do rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, przekazuje ten wniosek niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia jego otrzymania, do konsultanta wojewódzkiego właściwego do jego rozpatrzenia, informując o przekazaniu Prezesa Funduszu. Przekazanie nie wstrzymuje biegu terminów, o których mowa w ust. 6 i 7.

9. Prezes Funduszu, rozpatrując wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, może zasięgać opinii innych osób wykonujących zawód medyczny lub podmiotów leczniczych, posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych. Przepisy ust. 6 i 7 stosuje się odpowiednio.

10. Prezes Funduszu może wybrać inny niż wskazany we wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a lub b, zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, działający w państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie, jeżeli:

- 1) na podstawie dostępnej wiedzy i dotychczasowego doświadczenia stwierdzi, że podmiot ten gwarantuje lepszą jakość świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) koszt wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w przypadku jego udzielenia przez ten podmiot będzie znacznie niższy od kosztu udzielenia tego świadczenia przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, wskazany we wniosku;
- 3) wskazany we wniosku zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych nie może rozliczyć kosztów wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

11. Przepisów ust. 3 i 10 nie stosuje się, jeżeli osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. a, złożyła oświadczenie, o którym mowa w art. 42f ust. 5 pkt 2 ustawy.

12. Prezes Funduszu w terminie 5 dni roboczych od dnia odpowiednio:

- 1) otrzymania dokumentów, o których mowa w § 2 ust. 5, lub
- 2) zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 3, lub
- 3) otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 6, lub
- 4) otrzymania opinii, o której mowa w ust. 9

– wydaje decyzję w sprawie wydania albo odmowy wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie.

13. W przypadku wydania zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie Fundusz niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia jej wydania, wypełnia i poświadcza odpowiednie zaświadczenie, o którym mowa w przepisach o koordynacji, oraz przekazuje je osobie składającej wniosek.

§ 6. 1. Prezes Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wzywa się osobę, która złożyła wniosek, do ich usunięcia, w terminie nie krótszym niż 14 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

2. Przed wydaniem decyzji w sprawie skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych Fundusz dokonuje z zagranicznym podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych uzgodnień dotyczących w szczególności wstępnych kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c. W przypadku gdy przedmiotem wniosku jest także pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń Fundusz ustala średnie szacunkowe koszty tego transportu.

3. Prezes Funduszu może przesłać wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy konsultanta wojewódzkiego, w celu zaopiniowania.

4. Prezes Funduszu przesyła wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem do konsultanta wojewódzkiego, w przypadku gdy wnosi o to osoba składająca wniosek.

5. Konsultant wojewódzki przekazuje do Prezesa Funduszu, w terminie nie dłuższym niż 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, wniosek zaopiniowany w części IV wraz z kopią dokumentacji medycznej w zakresie objętym tym wnioskiem.

6. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności wymagających zasięgnięcia specjalistycznych opinii medycznych, termin, o którym mowa w ust. 5, może zostać jednorazowo przedłużony, na wniosek konsultanta wojewódzkiego złożony przed upływem tego terminu, o 5 dni roboczych od dnia złożenia wniosku. Przepis § 5 ust. 8 stosuje się odpowiednio.

7. Przed wydaniem decyzji w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, Prezes Funduszu może zasięgnąć opinii konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych lub opinii innych osób wykonujących zawód medyczny, lub podmiotów leczniczych, posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych. Opinię przekazuje się Prezesowi Funduszu w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o jej wydanie. Przepis ust. 6 zdanie pierwsze stosuje się odpowiednio.

8. Prezes Funduszu w terminie 5 dni roboczych od dnia odpowiednio:

- 1) otrzymania dokumentów, o których mowa w § 3 ust. 4, lub
- 2) zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 2, lub
- 3) otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 5, lub
- 4) otrzymania opinii, o której mowa w ust. 7

– wydaje decyzję w sprawie skierowania osoby, której dotyczy wniosek, do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju albo odmowy tego skierowania.

9. Prezes Funduszu może wybrać inny niż wskazany we wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, jeżeli:

- 1) na podstawie dostępnej wiedzy i dotychczasowego doświadczenia stwierdzi, że podmiot ten gwarantuje lepszą jakość świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) koszt wnioskowanego świadczenia opieki zdrowotnej w przypadku jego udzielenia przez ten podmiot będzie znacznie niższy od kosztu udzielenia tego świadczenia przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, wskazany we wniosku.

10. Kopię decyzji w sprawie wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 1 lit. c, przekazuje się lekarzowi, o którym mowa w § 3 ust. 2.

§ 7. W przypadku gdy leczenie lub badania diagnostyczne, których dotyczy decyzja w sprawie skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, mają być przeprowadzone w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych, znajdującym się w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie, z którym Fundusz może rozliczyć koszty leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie przepisów o koordynacji, Fundusz, w terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia otrzymania kopii decyzji Prezesa Funduszu, wypełnia i poświadcza odpowiednie zaświadczenie, o którym mowa w przepisach o koordynacji, oraz przekazuje je osobie składającej wniosek.

§ 8. 1. Wzór wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 3, jest określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. Wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 3, składa się do Prezesa Funduszu, w przypadku:

- 1) gdy osobie, której dotyczy wniosek, została udzielona zgoda, o której mowa w § 1 pkt 1 lit. b, lub
- 2) gdy osobie, której dotyczy wniosek, zostały udzielone na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) skierowania przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych.

3. Po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 3, w przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 lub 3, Prezes Funduszu niezwłocznie zwraca się do zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym przebywa osoba, której dotyczy wniosek, w celu uzyskania potwierdzenia, że stan zdrowia tej osoby wymaga zastosowania określonego środka transportu. W przypadku potwierdzenia konieczności zastosowania określonego środka transportu Fundusz ustala średnie szacunkowe koszty tego transportu.

4. Prezes Funduszu niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia otrzymania potwierdzenia, o którym mowa w ust. 3, wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu albo odmawia wydania zgody.

5. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 pkt 2, Prezes Funduszu niezwłocznie, po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w § 1 pkt 3, wraz z dokumentacją, o której mowa

w art. 42i ust. 11 ustawy, dokonuje niezbędnych uzgodnień ze świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 42i ust. 9a ustawy.

6. Prezes Funduszu, nie później niż w terminie 3 dni od dnia zakończenia uzgodnień, o których mowa w ust. 5, po dokonaniu oceny w zakresie spełniania warunku określonego w art. 42i ust. 9 ustawy:

- 1) wydaje zgodę na pokrycie kosztów transportu, wskazując:
 - a) najtańszy środek transportu możliwy do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia świadczeniodawcy,
 - b) maksymalną kwotę wysokości kosztów transportu podlegających zwrotowi,
 - c) okres ważności zgody na pokrycie kosztów transportu wynoszący 30 dni od dnia wydania decyzji,
 - d) świadczeniodawcę, posiadającego umowę z Funduszem, który przeprowadzi dalsze leczenie w kraju, albo
- 2) odmawia wydania zgody.

§ 9. 1. Fundusz pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, a uzyskanych w innym państwie niż państwo członkowskie UE lub EFTA, lub Zjednoczone Królestwo, na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

2. Fundusz pokrywa koszty leczenia lub badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 1, na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy wnioskowane leczenie lub badania diagnostyczne zostały przeprowadzone w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, z którym Fundusz nie może rozliczyć kosztów leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie przepisów o koordynacji.

3. W przypadku gdy zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w ust. 1 i 2, uzależnia przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych od uprzedniego pokrycia w całości lub w części kosztów tych świadczeń, Fundusz może dokonać przedpłaty na pokrycie tych kosztów.

4. Kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana na rachunek wskazany przez:

- 1) zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Fundusz faktury lub rachunku, lub informacji o przedpłacie, o której mowa w ust. 3, lub
- 2) wnioskodawcę, w terminie 14 dni od dnia przedstawienia dokumentów potwierdzających poniesienie kosztów leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku gdy wnioskodawca pokrył koszty leczenia lub badań diagnostycznych podlegające zwrotowi.

§ 10. 1. Fundusz pokrywa koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, na pokrycie kosztów którego została wydana zgoda, na podstawie faktury lub rachunku wystawionego przez podmiot wykonujący transport.

2. Kwota odpowiadająca wysokości kosztów podlegających zwrotowi jest przekazywana odpowiednio na rachunek podmiotu wykonującego transport albo innego podmiotu, który pokrył koszty transportu, w terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Fundusz faktury lub rachunku, o których mowa w ust. 1.

§ 11. Wnioski złożone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia podlegają rozpatrzeniu zgodnie z przepisami niniejszego rozporządzenia.

§12. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 marca 2021 r. sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. poz. 644).

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

MINISTER ZDROWIA

Załączniki
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia...2021 r.
(poz....)

Załącznik nr 1

WZÓR

CZĘŚĆ I

WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

O WYDANIE ZGODY NA UZYSKANIE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ ALBO NA KONTYNUACJĘ TEGO ŚWIADCZENIA POZA GRANICAMI KRAJU¹⁾, ZE WZGLĘDU NA ZBYT DŁUGI CZAS OCZEKIWANIA NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA W KRAJU, ORAZ POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ

INSTRUKCJA

- a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- b. Osoby uprawnione do uzyskania świadczeń objętych niniejszym wnioskiem oraz osoby uprawnione do jego złożenia zostały wskazane w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292),
- c. Część I.A, I.C oraz V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”,
- d. Część I.B oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
- e. Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny,
- f. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki

UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu.
- b. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.²⁾ Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
- c. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.

I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr)	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:

I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(Należy zakreślić pole 1.1 albo 2.1)

1.1. uzyskanie w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie będącym stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EOG”, świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:

.....
.....
.....
(pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych - adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

.....
.....
.....
(uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)

¹⁾ Wniosek dotyczy uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej w jednym z państw członkowskich UE lub EOG – w przypadku zaznaczenia pola 1.1 w części I.B albo w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem” – w przypadku zaznaczenia pola 2.1.

²⁾ Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze złożeniem podpisu we wszystkich miejscach przeznaczonych na podpis tradycyjny.

1.2. Sprzeciwiam się wydaniu zgody na uzyskanie świadczenia na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego³⁾:

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek:

2.1. uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, na zasadach określonych w unijnych przepisach o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w niżej wymienionym zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:

.....
.....
.....
(pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych - adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

.....
.....
.....
(uzasadnienie wyboru wskazanego zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych)

oraz

2.2. pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń

3. Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.

I.C.

WSKAZANIE PRZEZ PREZESA FUNDUSZU ŚWIADCZENIODAWCY, KTÓRY PRZEPROWADZI LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE W ZAKRESIE OBJĘTYM WNIOSEM NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ⁴⁾

w terminie:
(dd/mm/rr)

w:
.....
.....
(pełna nazwa i dane kontaktowe świadczeniodawcy - adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej)

Podpis Prezesa Funduszu albo osoby przez niego upoważnionej:
.....

CZĘŚĆ II

II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK

1. Imię i nazwisko:

2. Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:

3. Adres zamieszkania:

3a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

³⁾ Zgodnie z art. 42f ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jeżeli wniosek spełnia warunki do wydania zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1 tej ustawy (tj. zgody na uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z unijnymi przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego), należy wydać taką zgodę, chyba że wnioskodawca sprzeciwi się takiemu rozstrzygnięciu. W razie wydania zgody, o której mowa w art. 42i tej ustawy, wnioskodawca otrzyma dokument uprawniający go do uzyskania określonego świadczenia opieki zdrowotnej w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych działającym w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, na takich samych zasadach jak osoby ubezpieczone w tym państwie. W tym przypadku wnioskodawca nie będzie miał natomiast możliwości uzyskania świadczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych działającym poza publicznym systemem opieki zdrowotnej danego państwa członkowskiego UE lub EOG i otrzymania zwrotu kosztów takiego świadczenia od Funduszu na podstawie zapłaconego rachunku.

⁴⁾ Prezes Funduszu może wskazać świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, który przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne w zakresie objętym wnioskiem w terminie wcześniejszym niż czas oczekiwania osoby, której dotyczy wniosek.

4. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę):	
5. Imię i nazwisko:	
6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
7. Adres zamieszkania:	7a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
8. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
II.C. OŚWIADCZENIE	
<p>Oświadczam, że osoba, której dotyczy niniejszy wniosek, jest wpisana na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wskazanego w części III.B w pkt 4 wniosku, prowadzoną przez:, będąc (nazwa i adres świadczeniodawcy)</p> <p>zakwalifikowana do kategorii medycznej: przypadek pilny / przypadek stabilny (niepotrzebne skreślić), ze wskazaniem terminu udzielenia świadczenia: (dd/mm/rr)</p> <p>Miejscowość: Data: (dd/mm/rr)</p> <p>Czytelny podpis osoby składającej wniosek:</p>	

CZĘŚĆ III	
III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK	
1.	Imię i nazwisko lekarza oraz pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza:
2.	Pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej
3.	Numer umowy z NFZ:
III.B. ZAKRES ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM	
1.	Rozpoznanie kliniczne, którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współlistniejące (z zastosowaniem aktualnej międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych):
2.	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:

3.	Prognoza, co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:
4.	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek (z zastosowaniem aktualnej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9):
5.	Uzasadnienie leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych w aspekcie maksymalnego dopuszczalnego czasu oczekiwania pacjenta na to świadczenie:
6.	Maksymalny dopuszczalny czas oczekiwania pacjenta na udzielenie świadczenia, którego dotyczy wniosek: (do dnia) (dd/mm/rr)
III.C. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ OBJĘTYCH WNIOSKIEM (wypełnić, gdy osoba składająca wniosek zaznaczyła pole 2.1 oraz 2.2 w części I.B wniosku)	
Wskazanie środka transportu do miejsca udzielenia świadczeń:	
Opis stanu zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie ww. środka transportu:	

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV (wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Imię i nazwisko, województwo, dziedzina medycyny, numer prawa wykonywania zawodu:

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis konsultanta wojewódzkiego

CZĘŚĆ V (wypełnia Fundusz po weryfikacji wniosku)	
1.	Przedmiot wniosku: <div style="float: right; width: 85%;"> 1.1. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EOG świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 1.2. <input type="checkbox"/> uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuacja, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji, oraz 1.2.1. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń </div>
2.	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych: <div style="float: right; width: 85%;"> Koszty leczenia lub badań diagnostycznych w kraju (kwota do zwrotu): (wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pole 1.1) </div>
	Koszty leczenia lub badań diagnostycznych za granicą:
3.	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie (wypełnić, gdy w pkt 1 zaznaczono pola 1.2 i 1.2.1): <div style="float: right; width: 85%;"> (środek transportu) (koszty transportu) </div>
4.	Miejscowość: Data: (dd/mm/rr) Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu:

W przypadku zmian w zakresie podanych danych, które nastąpiły w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych, Fundusz zwraca się z prośbą o niezwłoczne poinformowanie o tych zmianach, w celu sprawnego rozpatrzenia wniosku.

Załącznik nr 2

WZÓR

CZĘŚĆ I

**WNIOSEK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
O SKIEROWANIE DO PRZEPROWADZENIA ZA GRANICĄ LECZENIA LUB BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH, NALEŻĄCYCH DO
ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH, KTÓRYCH
NIE WYKONUJE SIĘ AKTUALNIE W KRAJU,
ORAZ POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU
DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ**

INSTRUKCJA

- a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- b. Osoby uprawnione do uzyskania leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292),
- c. Część I.A i V wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”,
- d. Część I.B oraz części II i VI wniosku wypełnia osoba składająca wniosek,
- e. Część III wniosku wypełnia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora nauk medycznych albo doktora habilitowanego nauk medycznych,
- f. Część IV wniosku wypełnia konsultant wojewódzki.

UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI oraz kopią dokumentacji medycznej składa się do Prezesa Funduszu.
- b. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.¹⁾ Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
- c. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski.

I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr)	Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek:

I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU:

(proszę zakreślić odpowiednie pola)

- 1.1. przeprowadzenie poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych - w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju,
oraz
- 1.2. pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń
2. Wnoszę o przesłanie wniosku do konsultanta wojewódzkiego w celu zaopiniowania.

¹⁾ Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze

złożeniem podpisu w miejscu przeznaczonym na podpis tradycyjny.

CZĘŚĆ II		
II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK		
1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL, a w przypadku jego braku rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3.	Adres zamieszkania:	3a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	
II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę):		
5.	Imię i nazwisko:	
6.	Numer PESEL, a w przypadku jego braku rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
7.	Adres zamieszkania:	7a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
8.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	

CZĘŚĆ III	
III.A. DANE LEKARZA WYPEŁNIAJĄCEGO WNIOSEK	
1.	Imię i nazwisko lekarza oraz pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza:
2.	Pieczętka, nadruk albo naklejka zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz udziela świadczeń opieki zdrowotnej
3.	Numer umowy z NFZ:
III.B. MIEJSCE LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU	
1.	Państwo:
2.	Pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (adres, numer telefonu/faksu, adres e-mail):
3.	Uzasadnienie wyboru ww. zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych:
III.C. ZAKRES LECZENIA POZA GRANICAMI KRAJU	
1.	Rozpoznanie kliniczne, w zakresie którego dotyczy wniosek, oraz rozpoznania współistniejące (z zastosowaniem aktualnej międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych):
2.	Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:
3.	Prognoza, co do prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby:
4.	Wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek (z zastosowaniem aktualnej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9):
5.	Uzasadnienie braku możliwości leczenia w kraju oraz konieczności leczenia w zagranicznym podmiocie udzielającym świadczeń zdrowotnych:
III.D. WSKAZANIA DOTYCZĄCE TRANSPORTU DO MIEJSCA UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ POZA GRANICAMI KRAJU	
Wskazanie środka transportu do miejsca udzielenia świadczeń:	

Opis stanu zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie ww. środka transportu:

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis lekarza wypełniającego wniosek:

CZĘŚĆ IV

(wypełnia konsultant wojewódzki w zakresie wskazanym przez Prezesa Funduszu)

Imię i nazwisko, województwo, dziedzina medycyny, numer prawa wykonywania zawodu:

Miejscowość: Data wypełnienia wniosku:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis konsultanta wojewódzkiego:

CZĘŚĆ V (wypełnia Fundusz)		
1.	Przedmiot wniosku:	1.1. <input type="checkbox"/> przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju 1.2. <input type="checkbox"/> przeprowadzenie badań diagnostycznych poza granicami kraju 1.3. <input type="checkbox"/> pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń
2.	Przewidywane koszty wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych:	
3.	Rodzaj środka oraz przewidywane koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju: (środek transportu) (koszty transportu)
4.	Miejscowość: Data: (dd/mm/rr) Czytelny podpis pracownika właściwej komórki organizacyjnej Funduszu: 	

WZÓR

CZĘŚĆ I

**WNIOSK DO PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
O WYDANIE ZGODY NA POKRYCIE KOSZTÓW TRANSPORTU POWROTNEGO DO KRAJU**

INSTRUKCJA

- a. Wniosek należy WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI,
- b. Osoby uprawnione do ubiegania się o pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju oraz osoby uprawnione do składania niniejszego wniosku zostały wskazane w art. 42i ust. 1 oraz art. 42j ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292),
- c. Część I.A i III wniosku wypełnia Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”,
- d. Część I.B oraz części II i IV wniosku wypełnia osoba składająca wniosek.

UWAGA:

- a. Wniosek z wypełnioną częścią I.B, II i IV oraz - w odpowiednim przypadku - kopia dokumentacji medycznej i wstępnym kosztorysem dalszego leczenia sporządzonymi przez zagraniczny podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych znajdujący się na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA”, lub na terytorium Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, w którym aktualnie przebywa osoba, której dotyczy wniosek, składa się do Prezesa Funduszu.
- b. Wniosek może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.¹⁾ Załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
- c. W przypadku dokumentacji medycznej i wstępnego kosztorysu dalszego leczenia sporządzonych w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tych dokumentów na język polski.

I.A. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKU

Data wpływu wniosku do Funduszu: (dd/mm/rr)	Imię i nazwisko oraz czytelny podpis pracownika przyjmującego wniosek:
Numer identyfikacyjny wniosku:	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu przyjmującej wniosek:

I.B. PRZEDMIOT WNIOSKU:
(proszę zakreślić odpowiednie pola)

1. pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń lub zamieszkania w kraju, w przypadku wydania zgody przez Prezesa Funduszu na uzyskanie w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, lub w Zjednoczonym Królestwie świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, w przypadku świadczeń udzielanych zgodnie z przepisami o koordynacji
2. pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia w kraju, w przypadku, gdy wnioskodawcy zostały udzielone na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji
3. pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, w przypadku uzyskania skierowania przez Prezesa Funduszu do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych – w przypadku leczenia lub badań diagnostycznych należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju

CZĘŚĆ II

II.A. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSK

1.	Imię i nazwisko:	
2.	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:	
3.	Adres zamieszkania:	3a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
4.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):	

¹⁾ Złożenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego, podpisu osobistego albo podpisu zaufanego w odpowiednim polu w części VI wniosku jest tożsame ze

złożeniem podpisu w miejscu przeznaczonym na podpis tradycyjny.

II.B. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK (wypełnić, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę):	
5.	Imię i nazwisko:
6.	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia:
7.	Adres zamieszkania:
	7a. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):
8.	Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej (w przypadku posiadania):
II.C. MIEJSCE UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ POZA GRANICAMI KRAJU/ MIEJSCE LECZENIA LUB ZAMIESZKANIA W KRAJU	
1.	Wskazanie aktualnego miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju (pełna nazwa i dane kontaktowe zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych – państwo, adres, numer telefonu/faksu, adres poczty elektronicznej):
2.	Wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia:
3.	Wskazanie miejsca zamieszkania w kraju, do którego ma zostać przewieziona osoba, której dotyczy wniosek:

CZĘŚĆ III	
1.	Imię i nazwisko osoby, której dotyczy wniosek:
2.	Numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia osoby, której dotyczy wniosek:
3.	Opinia zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym przebywa osoba, której dotyczy wniosek, w zakresie wymogu zastosowania określonego środka transportu w aktualnym stanie zdrowia tej osoby (wypełnia Fundusz po uzyskaniu potwierdzenia zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, że stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania określonego środka transportu.):
4.	Środek transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju: Koszty transportu:
5.	Oznaczenie komórki organizacyjnej Funduszu wypełniającej wniosek: Czytelny podpis osoby wypełniającej: Miejscowość: Data: <p style="text-align: right;">(dd/mm/rr)</p>

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 42k ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292).

Przedkładany projekt rozporządzenia ma na celu dostosowanie przepisów rozporządzenia do stanu prawnego powstałego w związku wystąpieniem z Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i stosowaniem przepisów umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1), zwanej dalej „umową o wystąpieniu”, oraz rozpoczęciem obowiązywania, z dniem 1 stycznia 2021 r., protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10), zwanego dalej „protokołem”.

Na mocy umowy o wystąpieniu i protokołu w relacjach ze Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanym dalej „Zjednoczonym Królestwem”, zachowane zostają uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych, na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z uprawnień w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie protokołu mogą korzystać obywatele Rzeczypospolitej Polskiej i Zjednoczonego Królestwa, którym nie przysługują takie uprawnienia na podstawie umowy o wystąpieniu.

Ponadto art. 5 protokołu, stanowiący odpowiednik art. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.), zawiera zasadę równego traktowania obywateli państw stron umowy w zakresie zabezpieczenia społecznego.

W związku z powyższym w § 1 pkt 1 lit. b, § 5 ust. 2, 10, 12 i 13, § 7, § 8 ust. 2 pkt 2 oraz § 9 ust. 1 i 2, odwołujących się do państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw

członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) uwzględnia się również Zjednoczone Królestwo.

Zmianie (uzupełnieniu) nie ulega przepis § 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia zmienianego niniejszym rozporządzeniem, bowiem przepis ten dotyczy wydania zgody przez Prezesa Funduszu na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Artykuł 42e ust. 1 tej ustawy został wprowadzony w związku z implementacją 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 z 04.04.2011 L 88, str. 45). Z chwilą wystąpienia z Unii Europejskiej Wielka Brytania nie stosuje tej dyrektywy w sytuacjach transgranicznych pomiędzy Zjednoczonym Królestwem a państwami członkowskimi.

Zakłada się, że rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projektowane regulacje nie są sprzeczne z prawem Unii Europejskiej.

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

Projekt rozporządzenia będzie miał wpływ na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców przez zapewnienie stabilności finansowej świadczeniodawców (podmiotów leczniczych) w czasie trwania epidemii COVID-19.

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.

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

<p>Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Waldemar Kraska, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Katarzyna Makowiecka Główny Specjalista w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia e-mail: k.makowiecka@mz.gov.pl Elżbieta Tomaszewska Radca Ministra w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia e-mail: e.tomaszewska@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 27 lipca 2021 r.</p> <p>Źródło: Art. 42k ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292)</p> <p>Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia MZ</p>
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Brak dostosowania przepisów rozporządzenia do stanu prawnego powstałego w związku wystąpieniem Zjednoczonego Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, z Unii Europejskiej i stosowaniem przepisów umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1), zwanej dalej „umową o wystąpieniu”, oraz rozpoczęciem obowiązywania, z dniem 1 stycznia 2021 r., protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10), zwanego dalej „protokołem”.

Na mocy umowy o wystąpieniu i protokołu w relacjach ze Zjednoczonym Królestwem zachowane zostają uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych, na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z uprawnień w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie protokołu mogą korzystać obywatele Rzeczypospolitej Polskiej i Zjednoczonego Królestwa, którym nie przysługują takie uprawnienia na podstawie umowy o wystąpieniu. Ponadto art. 5 protokołu, stanowiący odpowiednik art. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.), zawiera zasadę równego traktowania obywateli państw stron umowy w zakresie zabezpieczenia społecznego.

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

W przepisach rozporządzenia w § 1 pkt 1 lit. b, § 5 ust. 2, 10, 12 i 13, § 7, § 8 ust. 2 pkt 2 oraz § 9 ust. 1 i 2, odwołujących się do państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) uwzględnia się również Zjednoczone Królestwo.

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

Nie dotyczy (projektowane rozporządzenie ma charakter techniczny i proceduralny – nie wprowadza rozwiązań o charakterze systemowym).

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”	Centrala i 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Pełnienie funkcji instytucji właściwej, instytucji miejsca pobytu i instytucji łącznikowej dla celów stosowania protokołu.
Świadczeniobiorcy	34,11 mln	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	Możliwość korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w Zjednoczonym Królestwie.

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

Odnośnie projektu rozporządzenia nie prowadzono tzw. pre-konsultacji. Projekt rozporządzenia zostanie skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania z 14-dniowym terminem zgłaszania uwag, m.in. następującym podmiotom:

Źródła finansowania	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projekt rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych.

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	6	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	Brak wpływu.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Brak wpływu.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Brak wpływu.						
	osoby starsze i niepełnosprawne	Brak wpływu.						
Niemierzalne	Podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Brak wpływu.						

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	
--	--

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy

9. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

<input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> informatyzacja <input type="checkbox"/> zdrowie
--	--	---

Omówienie wpływu	
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.)	
Brak.	

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

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

Na podstawie art. 87 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292) zarządza się, co następuje:

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

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

§ 2. 1. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane podane w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:
 - a) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu,
 - b) nazwisko i imię,
 - c) datę urodzenia,
 - d) adres zamieszkania,
 - e) adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania,
 - f) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - g) wskazanie płci,
 - h) kod tytułu ubezpieczenia,
 - i) datę powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - j) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne:
 - a) numer NIP,
 - b) numer REGON,
 - c) numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli płatnikowi składek nie nadano numerów NIP lub REGON,
 - d) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej – imię i nazwisko.
2. Zakład przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące:
- 1) osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a która pobiera zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym:
 - a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b–g,
 - b) datę wypłaty zasiłku,
 - c) okres, za który wypłacono zasiłek;
 - 2) pracownika korzystającego z urlopu bezpłatnego:
 - a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b–g,
 - b) dane identyfikacyjne płatnika składek, o których mowa w ust. 1 pkt 2,

- c) datę rozpoczęcia i zakończenia urlopu bezpłatnego w danym miesiącu kalendarzowym,
 - d) identyfikator imiennego raportu miesięcznego;
- 3) osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, a która ubiega się o przyznanie emerytury lub renty:
- a) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lit. b–g,
 - b) datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę w oddziale Zakładu,
 - c) datę powstania prawa do emerytury lub renty podawaną w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pobierania emerytury lub renty – w przypadku wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę osobie zamieszkującej na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) datę powstania prawa do emerytury lub renty – w przypadku wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę osobie zamieszkującej poza terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub Zjednoczonego Królestwa, niepodlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania emerytury lub renty albo wydania decyzji przyznającej emeryturę lub rentę bez realizacji wypłaty emerytury lub renty,
 - e) w przypadku wydania decyzji odmawiającej prawa do emerytury lub renty:
 - gdy nie zostanie złożone odwołanie do sądu – datę wydania decyzji, jeżeli w okresie 45 dni od daty wydania decyzji nie wpłynie informacja o odwołaniu,
 - gdy zostanie złożone odwołanie do sądu – odpowiednio datę powstania prawa do emerytury lub renty ustaloną prawomocnym wyrokiem sądu albo datę uprawomocnienia się wyroku utrzymującego w mocy decyzję odmawiającą prawa do emerytury lub renty,
 - f) datę umorzenia postępowania – w przypadku wycofania wniosku o emeryturę lub rentę.

§ 3. Zakład w przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego przekazuje do centrali Funduszu następujące dane podane w zgłoszeniu o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego, dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:
 - a) określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, c, f oraz h,
 - b) kod przyczyny wyrejestrowania,
 - c) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - d) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne, określone w § 2 ust. 1 pkt 2.

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

- 1) nazwisko i imię;
- 2) datę urodzenia;
- 3) adres zamieszkania;
- 4) kod stopnia pokrewieństwa;
- 5) kod stopnia niepełnosprawności;
- 6) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 7) numer PESEL, a w przypadku gdy członek rodziny nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 8) wskazanie płci – przy przekazywaniu danych podanych w zgłoszeniu, w przypadku gdy podano numer PESEL członka rodziny;
- 9) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą podlegającą ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającą członka rodziny;
- 10) datę powstania statusu członka rodziny;
- 11) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 12) datę wygaśnięcia statusu członka rodziny;
- 13) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 14) dane osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającej członka rodziny, określone w § 2 ust. 1 pkt 1 lit. b, c oraz f;
- 15) dane płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne określone w § 2 ust. 1 pkt 2 lit. a oraz d.

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

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

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

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

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera następujące dane osoby, której dotyczy:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

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

- 1) wydania formularza A1, E101 albo E102;

- 2) okresu, na jaki formularz A1, E101 albo E102 został wystawiony;
- 3) przekazania przez płatnika składek informacji o skróceniu okresu delegowania;
- 4) płatnika składek:
 - a) numer NIP,
 - b) nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej - imię i nazwisko,
 - c) adres siedziby.

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

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

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

- 1) dane identyfikacyjne ubezpieczonego:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczony nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) okres, którego wniosek dotyczy;
- 3) wskazanie państwa lub państw, w których jest albo była wykonywana praca najemna lub działalność gospodarcza;
- 4) posiadane przez Fundusz dane płatnika składek:
 - a) numer NIP oraz nazwę skróconą, a w przypadku płatników składek osób fizycznych nieposiadających nazwy skróconej - imię i nazwisko,
 - b) dane o pracodawcy zagranicznym,
 - c) dane o działalności gospodarczej prowadzonej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub w Zjednoczonym Królestwie.

§ 8. 1. Na wniosek centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu Zakład przekazuje posiadane dane związane z potwierdzeniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie członkowskim Unii

Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub w Zjednoczonym Królestwie, dotyczące:

- 1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz braku podstaw do zastosowania polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt, że osoba we wskazanym okresie nie była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych;
- 2) poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz skrócenia okresu delegowania formularza A1, E101 albo E102 wraz z posiadanymi danymi dotyczącymi:
 - a) wypłacenia zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego z ubezpieczenia wypadkowego z tytułu wypadku przy pracy oraz okresu, za który zasiłek lub świadczenie zostały wypłacone,
 - b) uznania przez Zakład zdarzenia za wypadek przy pracy,
 - c) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy;
- 3) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz zastosowania do ubezpieczonego polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt zgłoszenia do ubezpieczenia wypadkowego, wraz z posiadanymi danymi, o których mowa w pkt 2.

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

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

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

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

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

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

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

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu:
 - a) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu,
 - b) nazwisko i imię,
 - c) datę urodzenia,
 - d) adres zamieszkania, a w przypadku gdy osoba ta nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania – adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - e) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - f) wskazanie płci,
 - g) kod tytułu ubezpieczenia,
 - h) datę powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - i) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne:

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

§ 10. 1. W przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia zdrowotnego Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące:

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) datę urodzenia,
 - c) numer PESEL, a w przypadku gdy osoba ta nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - d) datę wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - e) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne określone w § 9 pkt 2.

2. W przypadku osoby, w stosunku do której wygasł obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, która ubiega się o przyznanie emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego rolników, Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane:

- 1) dane, o których mowa w § 9 pkt 1 lit. b–f;
- 2) datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę w jednostce organizacyjnej Kasy;
- 3) w przypadku wydania decyzji przyznającej prawo do emerytury lub renty – datę powstania prawa do emerytury lub renty;
- 4) w przypadku wydania decyzji odmawiającej prawa do emerytury lub renty:
 - a) gdy nie zostanie złożone odwołanie do sądu - datę wydania decyzji, jeżeli w okresie 45 dni o dacie wydania decyzji nie wpłynie informacja o odwołaniu,
 - b) gdy zostanie złożone odwołanie do sądu - odpowiednio datę powstania prawa do emerytury lub renty ustaloną prawomocnym wyrokiem sądu albo datę uprawomocnienia się wyroku utrzymującego w mocy decyzję odmawiającą prawa do emerytury lub renty.

§ 11. Kasa przekazuje do centrali Funduszu następujące dane dotyczące członka rodziny osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podane w zgłoszeniu członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 ust. 3 ustawy, oraz w zgłoszeniu o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny:

- 1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) nazwisko i imię;
- 3) datę urodzenia;
- 4) adres zamieszkania;
- 5) numer PESEL, a w przypadku gdy członek rodziny nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 6) wskazanie płci;
- 7) kod stopnia pokrewieństwa;
- 8) kod stopnia niepełnosprawności;
- 9) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą podlegającą ubezpieczeniu zdrowotnemu zgłaszającą członka rodziny;
- 10) datę powstania statusu członka rodziny;
- 11) datę zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 12) datę wygaśnięcia statusu członka rodziny;
- 13) datę wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 14) dane osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszającej członka rodziny określone w § 9 pkt 1 lit. b, c oraz e.

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

- 1) osoby podlegającej ubezpieczeniu zdrowotnemu określone w § 9 pkt 1 lit. b, c oraz e;
- 2) opłaconych składek:
 - a) okres lub okresy, których opłacona składka dotyczy,
 - b) kwotę podstawy wymiaru składki,
 - c) kwotę składki należnej,
 - d) kwotę składki opłaconej,
 - e) kwotę opłaconych odsetek za zwłokę.

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

- 1) wydania formularza A1, E101 albo E102;
- 2) okresu, na jaki formularz A1, E101 albo E102 został wystawiony;
- 3) przekazania przez ubezpieczonego informacji o skróceniu okresu pracy na własny rachunek za granicą;
- 4) rolnika będącego płatnikiem składek:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) miejsce położenia gospodarstwa rolnego.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, kieruje się do jednostki Kasy właściwej ze względu na miejsce położenia gospodarstwa rolnego, a jeżeli Fundusz nie posiada danych rolnika – do jednostki właściwej ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego.

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

- 1) dane identyfikacyjne ubezpieczonego:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczony nie posiada numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego, paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 2) okres, którego wniosek dotyczy;
- 3) wskazanie państwa lub państw, w których jest wykonywana praca na własny rachunek;
- 4) dane o działalności na własny rachunek wykonywanej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub w Zjednoczonym Królestwie;
- 5) dane rolnika:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) miejsce położenia gospodarstwa rolnego.

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

- 1) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz braku podstaw do zastosowania polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt, że osoba we wskazanym okresie nie była zgłoszona do ubezpieczeń społecznych;
- 2) poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz – w przypadku skrócenia pracy na własny rachunek za granicą – dotyczące okresu ważności formularza A1, wraz z posiadanymi danymi dotyczącymi:
 - a) wypłacenia zasiłku chorobowego z ubezpieczenia wypadkowego z tytułu wypadku przy pracy rolniczej oraz okresu, za który zasiłek został wypłacony,
 - b) uznania przez Kasę zdarzenia za wypadek przy pracy,
 - c) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy rolniczej;
- 3) braku poświadczenia we wskazanym kraju i okresie formularza A1, E101 albo E102 oraz zastosowania do ubezpieczonego polskiego ustawodawstwa z uwagi na fakt zgłoszenia do ubezpieczenia wypadkowego, wraz z posiadanymi danymi, o których mowa w pkt 2.

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Dane, o których mowa w § 9 oraz § 10 ust. 1, § 11 i 12, Kasa przekazuje do centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej, a pozostałe dane, do których przekazywania Kasa jest zobowiązana – w postaci papierowej.

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

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

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

5. Format przekazywania danych, o których mowa w ust. 1–3 i ust. 4 pkt 1, odpowiednio Zakład, Kasa oraz podmiot zobowiązany uzgadniają z centralą Funduszu, zapewniając bezpieczeństwo przekazu informacji oraz poufność i integralność przekazywanych danych,

zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz bezpieczeństwa teleinformatycznego.

§ 17. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego (Dz. U. poz. 1410).

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

MINISTER ZDROWIA

w porozumieniu:

MINISTER RODZINY I POLITYKI

SPOŁECZNEJ

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 87 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292).

Przedkładany projekt rozporządzenia ma na celu dostosowanie przepisów rozporządzenia do stanu prawnego powstałego w związku wystąpieniem Zjednoczonego Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, z Unii Europejskiej i stosowaniem przepisów umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1.), zwanej dalej „umową o wystąpieniu”, oraz rozpoczęciem obowiązywania, z dniem 1 stycznia 2021 r., protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10), zwanego dalej „protokołem”.

Na mocy umowy o wystąpieniu i protokołu w relacjach ze Zjednoczonym Królestwem zachowane zostają uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych, na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z uprawnień w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie protokołu mogą korzystać obywatele Rzeczypospolitej Polskiej i Zjednoczonego Królestwa, którym nie przysługują takie uprawnienia na podstawie umowy o wystąpieniu. Ponadto art. 5 protokołu, stanowiący odpowiednik art. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.), zawiera zasadę równego traktowania obywateli państw stron umowy w zakresie zabezpieczenia społecznego.

W związku z powyższym w § 2 pkt 3 lit. c oraz d, § 7 ust. 4 pkt 4 lit. c, § 8 ust. 1 i 2, § 13 ust. 3 pkt 4 oraz § 14 ust. 1 i 2, odwołujących się do państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) uwzględnia się również Zjednoczone Królestwo.

Zakłada się, że rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projektowane regulacje nie są sprzeczne z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym 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.

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

<p>Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Waldemar Kraska, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Katarzyna Makowiecka Główny Specjalista w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia e-mail: k.makowiecka@mz.gov.pl Elżbieta Tomaszewska Radca Ministra w Departamencie Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia e-mail: e.tomaszewska@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia 22.07.2021 r.</p> <p>Źródło Art. 87 ust. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 i 1292)</p> <p>Nr w Wykazie prac Ministra Zdrowia : MZ</p>
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Brak dostosowania przepisów rozporządzenia do stanu prawnego powstałego w związku wystąpieniem Zjednoczonego Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, zwanego dalej „Zjednoczonym Królestwem”, z Unii Europejskiej i stosowaniem przepisów umowy o wystąpieniu Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej z Unii Europejskiej i Europejskiej Wspólnoty Energii Atomowej (Dz. Urz. UE C 384 z 12.11.2019, str. 1), zwanej dalej „umową o wystąpieniu”, oraz rozpoczęciem obowiązywania, z dniem 1 stycznia 2021 r., protokołu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego do umowy o handlu i współpracy między Unią Europejską i Europejską Wspólnotą Energii Atomowej, z jednej strony, a Zjednoczonym Królestwem, z drugiej strony (Dz. Urz. UE L 149 z 30.04.2021, str. 10), zwanego dalej „protokołem”.

Na mocy umowy o wystąpieniu i protokołu w relacjach ze Zjednoczonym Królestwem zachowane zostają uprawnienia do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w sytuacjach transgranicznych, na zasadach analogicznych do obowiązujących w ramach unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z uprawnień w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie protokołu mogą korzystać obywatele Rzeczypospolitej Polskiej i Zjednoczonego Królestwa, którym nie przysługują takie uprawnienia na podstawie umowy o wystąpieniu. Ponadto art. 5 protokołu, stanowiący odpowiednik art. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.), zawiera zasadę równego traktowania obywateli państw stron umowy w zakresie zabezpieczenia społecznego.

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

W przepisach rozporządzenia w § 2 pkt 3 lit. c oraz d, § 7 ust. 4 pkt 4 lit. c, § 8 ust. 1 i 2, § 13 ust. 3 pkt 4 oraz § 14 ust. 1 i 2, odwołujących się do państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) uwzględnia się również Zjednoczone Królestwo.

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

Nie dotyczy (projektowane rozporządzenie ma charakter techniczny i proceduralny - nie wprowadza rozwiązań o charakterze systemowym).

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”	Centrala i 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Uzyskanie informacji o ubezpieczeniu zdrowotnym osób otrzymujące emeryturę lub rentę od instytucji Zjednoczonego Królestwa.

Osoby otrzymujące emeryturę lub rentę od instytucji Zjednoczonego Królestwa i posiadające z tego tytułu ubezpieczenie zdrowotne			Uzyskanie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
---	--	--	--

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

Odnosnie projektu rozporządzenia nie prowadzono tzw. pre-konsultacji. Projekt rozporządzenia zostanie skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania z 14-dniowym terminem zgłaszania uwag, m.in. 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. Porozumieniu Pracodawców Ochrony Zdrowia;
7. Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
8. Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
9. Polskiemu Towarzystwu Medycyny Rodzinnej;
10. Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
11. Stowarzyszeniu „Dla Dobra Pacjenta”;
12. Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
13. Federacji Pacjentów Polskich;
14. Stowarzyszeniu Menadżerów Opieki Zdrowotnej
15. Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej;
16. Niezależnemu Samorządnemu Związkowi Zawodowemu „Solidarność”;
17. Niezależnemu Samorządnemu Związkowi Zawodowemu „Solidarność 80”;
18. Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
19. Forum Związków Zawodowych;
20. Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
21. Federacji Przedsiębiorców Polskich
22. Związkowi Pracodawców Business Centre Club;
23. Związkowi Rzemiosła Polskiego;
24. Konfederacji „Lewiatan”;
25. Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych;
26. Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy;
27. Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych;
28. Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

Projekt zostanie udostępniony w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.). Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

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

pozostałe jednostki (oddzielnie)																				
Saldo ogółem																				
budżet państwa																				
JST																				
Fundusz																				

Źródła finansowania																			
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projekt rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych.																		

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	6	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	Brak wpływu.							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Brak wpływu.							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Brak wpływu.							
	osoby starsze i niepełnosprawne	Brak wpływu.							
Niemierzalne	Podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Brak wpływu.							

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
<input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:	<input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		<input type="checkbox"/> tak
		<input type="checkbox"/> nie
		<input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy
9. Wpływ na rynek pracy		
Projekt nie ma wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
<input type="checkbox"/> środowisko naturalne	<input type="checkbox"/> demografia	<input type="checkbox"/> informatyzacja
<input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny	<input type="checkbox"/> mienie państwowe	<input type="checkbox"/> zdrowie
<input type="checkbox"/> inne:		
Omówienie wpływu		
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.)		
Brak.		