



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

IV kadencja

Druk nr 2616

SPRAWOZDANIE
KOMISJI EUROPEJSKIEJ

**o rządowym projekcie ustawy
o zmianie ustawy o powszechnym
ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu
Zdrowia oraz o zmianie ustawy o zmianie
ustawy o zasadach uznawania nabytych w
państwach członkowskich Unii Europejskiej
kwalifikacji do wykonywania zawodów
regulowanych oraz o zmianie niektórych ustaw
(druk nr 2557)**

Marszałek Sejmu – na podstawie art. 37 ust. 1 i art. 97 ust. 1 Regulaminu Sejmu – skierował w dniu 27 lutego 2004 r. powyższy projekt ustawy (druk nr 2557) do Komisji Europejskiej do pierwszego czytania.

Komisja Europejska po rozpatrzeniu tego projektu ustawy na posiedzeniu w dniu 10 marca 2004 r., oraz wysłuchaniu oświadczenia przedstawiciela Komitetu Integracji Europejskiej, że projekt ustawy zawarty w sprawozdaniu jest zgodny z prawem Unii Europejskiej,

wnosi:

W y s o k i S e j m uchwalić raczy załączony projekt ustawy.

Warszawa, dnia 10 marca 2004 r.

Sprawozdawca

/-/Stanisława Prządka

Przewodniczący
Komisji Europejskiej

/-/Jerzy Czepułkowski

USTAWA

z dnia 2004 r.

o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz o zmianie ustawy o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych oraz o zmianie niektórych ustaw

Art. 1.

W ustawie z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 1 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5.07.1971, str. 2 i n.) i rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n.) oraz rozporządzenia Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającego przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo (Dz. Urz. WE L 124 z 20.05.2003, str. 1 i n.);”;

2) w art. 5:

a) po pkt 18 dodaje się pkt 18a w brzmieniu:

„18a) „osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji” – rozumie się przez to osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Euro-

¹⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37.

pejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia zdrowotne z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;”;

b) po pkt 23 dodaje się pkt 23a w brzmieniu:

„23a) „przepisach o koordynacji” – rozumie się przez to przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz rozporządzeniu Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo;”;

3) art. 6 otrzymuje brzmienie:

„Art. 6. 1. Ubezpieczonymi w Funduszu są:

- 1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
- 2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zgody na pobyt tolerowany lub posiadające status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej albo korzystające z ochrony czasowej na jej terytorium;
- 3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym

- jeżeli podlegają zgodnie z art. 9 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 11.

2. Ubezpieczonymi w Funduszu są także osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:

- 1) ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym na podstawie przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 2) ubezpieczeniem społecznym rolników.”;

4) art. 7 otrzymuje brzmienie:

„Art. 7. 1. Ubezpieczonymi w Funduszu są również:

- 1) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 3;
- 2) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 3, a przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony;
- 3) odbywający staż adaptacyjny

- jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie.

2. Za ubezpieczonych uznaje się także:

- 1) członków rodzin osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujących na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 9 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 9 ust. 2,

ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;

- 2) zamieszkujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej członków rodzin osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 9 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 9 ust. 2.”;

5) w art. 11 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osoba niewymieniona w art. 9 ust. 1 może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem art. 9 rozporządzenia nr 1408/71.”;

6) w art. 19 w ust. 2:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez osobę zgłaszającą do ubezpieczenia zdrowotnego.”;

b) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) wskazanie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w przypadku osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;”;

7) po art. 19 dodaje się art. 19a i 19b w brzmieniu:

„Art. 19a. 1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonemu, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, Fundusz wydaje zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.

2. Zaświadczenie wydaje się na zasadach i w zakresie określonym w przepisach o koordynacji.

Art. 19b. 1. Osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, w celu korzystania ze świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Fundusz wydaje dokument potwierdzający prawo do świadczeń zdrowotnych, zwany dalej „poświadczeniem”, z zastrzeżeniem art. 71a ust. 2.

2. Poświadczenie zawiera następujące dane:

- 1) imiona i nazwisko;
- 2) datę urodzenia;

- 3) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano tego numeru – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu, albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych;
- 4) adres miejsca zamieszkania;
- 5) nazwę instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia zdrowotne;
- 6) adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji;
- 8) okres przysługiwania świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 9) numer poświadczenia.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób wydawania poświadczenia oraz jego wzór, uwzględniając dane, o których mowa w ust. 2, oraz dokumenty, na podstawie których są wydawane poświadczenia, kierując się koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych i rzetelnego potwierdzenia prawa do tych świadczeń.”;

8) w art. 20 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

- 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) gromadzenia danych o osobach ubezpieczonych w Funduszu;
- 3) gromadzenia danych o osobach uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;
- 4) wydawania poświadczeń i zaświadczeń, o których mowa w art. 19a;
- 5) rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.”;

9) w art. 29:

a) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane o ubezpieczonych, o których mowa w art. 141 ust. 2 pkt 1, 2 i 8-10, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 19 ust. 1, oraz przekazanych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne i odsetkach za zwłokę, nie później niż w ciągu 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających ustalenie ich wysokości i rozdzielenie ich na ubezpieczonych.”,

b) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane wymienione w art. 141 ust. 2 pkt 1-4 i 8-11 przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 19 ust. 1, po przeprowadzeniu ich weryfikacji, polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL, jeżeli taki numer został nadany ubezpieczonemu.”;

10) art. 48 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 48. 1. Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, z wyjątkiem kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu zgodnie z przepisami o koordynacji.
2. Prezes Funduszu, na wniosek uprawnionego podmiotu, wydaje ubezpieczonemu zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w przypadku, o którym mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w ust. 2, w tym podmiot uprawniony do złożenia wniosku;
 - 2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1
- mając na względzie szybkość postępowania, dobro ubezpieczonego oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia może, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określić, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia zdrowotne, uwzględniając aktualną, opartą na dowodach naukowych wiedzę i praktykę medyczną oraz kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisu art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71.”;

11) po art. 48 dodaje się art. 48a w brzmieniu:

- „Art. 48a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może, na wniosek uprawnionego podmiotu, skierować ubezpieczonego do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71, kierując się niezbednością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, biorąc pod uwagę opinię konsultanta krajowego właściwego w danej dziedzinie medycyny.
2. Koszty leczenia lub badań diagnostycznych ubezpieczonego poza granicami kraju:

- 1) wynikające z umów międzynarodowych zawartych z państwami niebędącymi członkami Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego;
- 2) powstałe na podstawie skierowania, o którym mowa w ust. 1, wraz z kosztami transportu ubezpieczonego za granicę i do kraju

- są finansowane z budżetu państwa.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w ust. 1, w tym podmiot uprawniony do złożenia wniosku;
- 2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1;
- 3) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w ust. 2

- mając na względzie szybkość postępowania, dobro pacjenta oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju.”;

- 12) po art. 71 dodaje się art. 71a w brzmieniu:

„Art. 71a. 1. Osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązana jest przedstawić poświadczenie.

2. Osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a rozporządzenia nr 1408/71 obowiązana jest do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń wystawionego przez zagraniczną instytucję właściwą.

3. Jeżeli poświadczenie albo dokument, o którym mowa w ust. 2, nie zostaną przedstawione w przypadku:

- 1) nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia;
- 2) stanu zagrożenia życia;
- 3) porodu

- przepisy art. 71 ust. 2-4, 6, 8 i 9 stosuje się odpowiednio.”;

- 13) art. 76 otrzymuje brzmienie:

„Art. 76. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.”;

- 14) w art. 78 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Ogłoszenie zawiera w szczególności nazwę (firmę) i adres (siedzibę) zamawiającego, określenie wartości i przedmiotu zamówienia.”;

15) po art. 78 dodaje się art. 78a i 78b w brzmieniu:

„Art. 78a. 1. Przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty.

2. Przedmiotu zamówienia nie można opisywać:

- 1) w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję;
- 2) przez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, chyba że jest to uzasadnione specyfiką przedmiotu zamówienia lub zamawiający nie może opisać przedmiotu zamówienia za pomocą dostatecznie dokładnych określeń, a wskazaniu takiemu towarzyszą wyrazy „lub równoważne” lub „inne równoznaczne”.

Art. 78b. 1. Fundusz opisuje przedmiot zamówienia za pomocą cech technicznych i jakościowych, z uwzględnieniem Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane uwzględnia się:

- 1) europejskie aprobaty techniczne;
- 2) wspólne specyfikacje techniczne;
- 3) Polskie Normy przenoszące normy europejskie;
- 4) normy państw członkowskich Unii Europejskiej przenoszące europejskie normy zharmonizowane;
- 5) Polskie Normy wprowadzające normy międzynarodowe;
- 6) Polskie Normy;
- 7) polskie aprobaty techniczne.

3. Fundusz może odstąpić od opisywania przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane, europejskich aprobat technicznych lub wspólnych specyfikacji technicznych, jeżeli:

- 1) nie zawierają one żadnych wymagań dotyczących zapewnienia zgodności z wymaganiami zasadniczymi;
- 2) ich stosowanie nakładałoby na zamawiającego obowiązek używania wyrobów niewspółdziałających z już stosowanymi urządzeniami, lub
- 3) ich stosowanie nie byłoby właściwe ze względu na innowacyjny charakter przedmiotu zamówienia.

4. Do opisu przedmiotu zamówienia stosuje się nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień, określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n.);”;

16) w art. 92:

a) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Ogłoszenie o wyniku rozstrzygniętego postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przekazuje Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, jeżeli wartość przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro.”,

b) dodaje się ust. 7 w brzmieniu:

„7. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, wzór ogłoszenia, o którym mowa w ust. 6, uwzględniając prawidłowość przekazywania danych o wyniku rozstrzygnięcia postępowania.”;

17) w art. 132 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;”;

18) w art. 141:

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

„1a. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji w celu:

- 1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń zdrowotnych;
- 2) rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń zdrowotnych;
- 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
- 5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.

1b. Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych:

- 1) osób ubezpieczonych w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-8;
- 2) osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji w celu określonym w ust. 1a pkt 2 i 3.”,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1-1b, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz mają prawo do przetwarzania następujących danych:

- 1) nazwisko i imię (imiona);
- 2) nazwisko rodowe;
- 3) data urodzenia;

- 4) płeć;
- 5) obywatelstwo;
- 6) narodowość;
- 7) stan cywilny;
- 8) numer identyfikacyjny PESEL;
- 9) numer NIP – w przypadku osób, którym nadano ten numer;
- 10) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
- 11) adres zamieszkania;
- 12) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;
- 13) numer ubezpieczenia;
- 14) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;
- 15) stopień niepełnosprawności - w przypadku członka rodziny;
- 16) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 65 ust. 1 i art. 66 ust. 1, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub produktów leczniczych niż wynikające z ustawy;
- 17) dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonym w rozporządzeniu, o którym mowa w art. 143 ust. 1 pkt 1;
- 18) przyczyny udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 19) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji.”;
- 19) w art. 213 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
 - „2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do oddziałów wojewódzkich Funduszu dane określone w art. 141 ust. 2 pkt 1-4, 8-11 i 14 przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 19 ust. 3, po przeprowadzeniu ich weryfikacji polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL, jeżeli taki numer został nadany ubezpieczonemu.”;
- 20) uchyla się art. 214;
- 21) uchyla się art. 223.

Art. 2.

W ustawie z dnia 12 września 2003 r. o zmianie ustawy o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. Nr 190, poz. 1864) w art. 7 uchyla się pkt 2.

Art. 3.

Rozporządzenie wydane na podstawie art. 48 ust. 4 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowuje moc do czasu wydania rozporządzenia na podstawie art. 48a ust. 3 ustawy, o której mowa w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 4.

Ustawa obowiązuje do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 5.

Ustawa wchodzi w życie z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej, z wyjątkiem art. 1 pkt 20 i 21 oraz art. 2, które wchodzi w życie z dniem 30 kwietnia 2004 r.