



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
IV kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
RM 10-30-04

**Druk nr 2557**

Warszawa, 24 lutego 2004 r.

Pan  
Marek Borowski  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

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

- o zmianie ustawy o 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** wraz z projektami podstawowych aktów wykonawczych,

co do którego Rada Ministrów zadeklarowała, że ma na celu dostosowanie polskiego ustawodawstwa do prawa Unii Europejskiej.

Jednocześnie, zgodnie z wymogami art. 34 ust. 5 regulaminu Sejmu, przekazuję, przetłumaczone na język polski, teksty przepisów Unii Europejskiej, do których ma być dostosowane prawo polskie.

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

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

Z wyrazami szacunku

(-) Leszek Miller

**U S T A W A**

**z dnia.....**

**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.<sup>1)</sup>) 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 Europejskiego Obszaru Gospodarczego, 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 Europejskiego Obszaru Gospodarczego, zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego;
  - 2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego, 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 Europejskiego Obszaru Gospodarczego legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa Europejskiego Obszaru Gospodarczego  
– 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 Europejskiego Obszaru Gospodarczego niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego

Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, 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 Europejskiego Obszaru Gospodarczego 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 Europejskiego Obszaru Gospodarczego 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 Europejskiego Obszaru Gospodarczego, 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 Europejskiego Obszaru Gospodarczego, 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 wydaje, na wniosek, 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, 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 niezbędnością 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 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. 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 niespółdziałających 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 osobie 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) w art. 223 uchyla się ust. 1.

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.

---

<sup>1)</sup> 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.

## UZASADNIENIE

W ramach Unii Europejskiej funkcjonują cztery podstawowe zasady, które wprowadzane są do struktur funkcjonowania każdego z państw członkowskich w celu upowszechnienia idei integracji. Są to:

- 1) swobodny przepływ towarów,
- 2) swobodny przepływ osób,
- 3) swobodny przepływ usług,
- 4) swobodny przepływ kapitału.

Dla sfery zabezpieczenia społecznego najistotniejsza jest zasada swobodnego przepływu osób. Zasada ta nie mogłaby być skutecznie realizowana, jeżeli po przekroczeniu granicy, obywatele państw członkowskich traciliby nabyte prawa do świadczeń socjalnych i opieki zdrowotnej.

Transfer tych praw do innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej jest zagwarantowany przez rozporządzenia dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Zasady powyższej koordynacji oraz szczegółowe warunki ich stosowania regulują:

- 1) rozporządzenie 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.);
- 2) rozporządzenie 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.);
- 3) rozporządzenie Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzające 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.).

Rzeczpospolita Polska, stając się członkiem Unii Europejskiej, tak jak każde inne państwo członkowskie, zachowa krajowy system ubezpieczenia społecznego i ubezpieczenia zdrowotnego. Nie wymaga się harmonizacji czy ujednoczenia obowiązujących w każdym kraju przepisów z tego zakresu. Niezbędna jest natomiast koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego, polegająca na wprowadzeniu i stosowaniu wspólnych dla wszystkich państw członkowskich zasad i reguł, które określają m. in. na jakich warunkach i w jakim zakresie obywatele państw członkowskich mogą otrzymać opiekę zdrowotną, poruszając się w granicach Wspólnoty, oraz zasady finansowania i rozliczania kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

W tym celu nieodzowne jest:

- wprowadzenie zmian w obowiązujących przepisach prawnych przez zamieszczenie norm o charakterze instytucjonalnym i proceduralnym, umożliwiających bezpośrednio stosowanie regulacji Wspólnotowych, oraz
- przygotowanie polskiej administracji, instytucji ubezpieczeniowych i świadczeniodawców do uczestnictwa we wspólnotowej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

Projekt 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 zmianie niektórych ustaw ma na celu wyłącznie dostosowanie obowiązującego w Polsce prawa do realizacji zadań związanych z członkostwem Polski w Unii Europejskiej w wyżej wymienionym zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym oraz udzielaniem i finansowaniem świadczeń zdrowotnych obywatelom państw członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego poruszających się w granicach Wspólnoty.

Z uwagi na wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt. K 14/03), który zobowiązał ustawodawcę do przygotowania nowej regulacji sfery ochrony zdrowia, projekt ma charakter przejściowy. Zgodnie z art. 4 projektu ustawa ma obowiązywać do dnia 31 grudnia 2004 r., a więc ma utracić moc obowiązującą w tym samym dniu co przepisy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, uznane za niekonstytucyjne. Ze względu na powyższe, w projekcie zrezygnowano całkowicie z uregulowania kwestii nie związanych bezpośrednio z zagadnieniami koordynacji. Dlatego też nie uwzględniono szeregu propozycji zgłoszonych w toku prac, m. in. przez Ministerstwo Obrony Narodowej (m. in. usytuowanie ambulatoriów wojskowych), Urząd do Spraw Repatriacji i Cudzoziemców (finansowanie świadczeń udzielanych oczekującym na przyznanie statusu uchodźcy) oraz Ministerstwo Finansów (propozycja zmiany zasad ubezpieczeń dobrowolnych).

Projekt ustawy wprowadza 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, 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 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 (art. 1 pkt 1 projektu ustawy).

Ustawa zapewni równe traktowanie obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, bezpaństwowców i uchodźców zamieszkałych na terytorium Unii w zakresie podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w Narodowym Funduszu Zdrowia przez zniesienie wymogu zamieszkiwania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jako warunku podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu w stosunku do: obywateli polskich, obywateli państw członkowskich UE, obywateli Europejskiego Obszaru Gospodarczego, bezpaństwowców i uchodźców, zamieszkałych na terytorium UE lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego (art. 1 pkt 3 projektu ustawy).

Ustawa zapewni równe traktowanie członków rodzin obywateli polskich, obywateli państw członkowskich UE lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, bezpaństwowców i uchodźców zamieszkałych na terytorium UE lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego (status członka rodziny), przez zniesienie wymogu zamieszkiwania na terytorium RP w stosunku do członków rodziny wyżej wymienionych osób. Za członków rodziny nadal uznawać się będzie osoby, o których mowa w art. 5 pkt 3 ustawy

o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (art. 1 pkt 4 projektu ustawy).

Zachowany zostanie obowiązek zamieszkiwania na terytorium RP jako warunek dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu. Rozwiązanie to ma na celu uniemożliwienie uzyskania ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce przez osoby zamieszkałe za granicą, które ze względu na niższe koszty ubezpieczenia dobrowolnego oraz szeroki zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w ramach powszechnego

ubezpieczenia zdrowotnego preferowałyby ubezpieczenie w Polsce (art. 1 pkt 5 projektu ustawy).

Do systemu ubezpieczenia w Funduszu zostaną włączone osoby, które do tej pory nie były objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na warunek zamieszkiwania na terytorium RP – dotyczy to emerytów i rencistów, którzy otrzymują świadczenie emerytalne lub rentowe z Polski, zamieszkujących zagranicą, którzy po wejściu do Unii Europejskiej, zgodnie z przepisami o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, staną się ubezpieczonymi w Funduszu. Po zniesieniu wymogu zamieszkania na terytorium RP, osoby te zostaną objęte obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym. Jednocześnie niezbędne jest utworzenie specjalnej jednostki organizacyjnej, która będzie pełnić dla omawianych osób funkcję instytucji właściwej (ubezpieczeniowej), ponieważ nie można ich terytorialnie przypisać do żadnego z wojewódzkich oddziałów Funduszu. W projekcie proponuje się, aby zadanie te pełnił Mazowiecki Oddział Wojewódzki Funduszu (art. 1 pkt 6 projektu ustawy).

W związku z włączeniem się we wspólnotową koordynację systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, Fundusz pełnić będzie zadania instytucji właściwej, do których należy m.in. finansowanie kosztów leczenia ubezpieczonego w ramach koordynacji także poza granicami kraju, w tym finansowanie kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, na które ubezpieczony uzyska – na wniosek – zgodę Prezesa Funduszu (art. 1 pkt 10 projektu ustawy) oraz kosztów transportu sanitarnego, o których mowa w art. 70 ust. 1 i 2 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, a także finansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom nieubezpieczonym w Funduszu, ale uprawnionym do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Polski, na podstawie przepisów o koordynacji (art. 1 pkt 17 projektu ustawy).

W drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia zostanie określony tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz wzór tego wniosku (art. 1 pkt 10 projektu ustawy).

Wprowadza się także możliwość określenia, w drodze rozporządzenia, przez ministra właściwego do spraw zdrowia, sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia zdrowotne (art. 1 pkt 10 projektu ustawy).

Jednocześnie, w kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia pozostanie kierowanie na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, których nie przeprowadza się w Polsce, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71, a także finansowanie kosztów leczenia lub badań diagnostycznych wynikających z umów międzynarodowych zawartych z państwami niebędącymi członkami Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Przy kierowaniu na ww. leczenie lub badania diagnostyczne, minister właściwy do spraw zdrowia będzie zobowiązany kierować się kryterium niezbędności udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia ubezpieczonego lub poprawy jego stanu zdrowia oraz opinią konsultanta krajowego właściwego

w danej dziedzinie medycyny. Ograniczenie uznaniowości decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia zapewnia się przez określenie kryteriów, którymi powinien się kierować, co jest zgodne z opinią Trybunału Konstytucyjnego, wyrażoną w uzasadnieniu do orzeczenia z dnia 7 stycznia 2004 r., sygn. akt K 14/03. Kryterium niezbędności udzielenia świadczenia w celu ratowania życia i zdrowia ubezpieczonego ogranicza arbitralność decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 1 pkt. 11 projektu ustawy). Minister właściwy do spraw zdrowia będzie kierował na wyżej wymienione leczenie jedynie w ramach środków przewidzianych ustawą budżetową w części 46 – Zdrowie.

W drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia zostanie określony tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, wzór tego wniosku, a także tryb pokrywania kosztów świadczeń udzielonych na podstawie skierowania ministra właściwego do spraw zdrowia oraz kosztów transportu ubezpieczonego za granicę i do kraju (art. 1 pkt 11 projektu ustawy).

Dokumentem poświadczającym prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych będą zaświadczenia (odpowiednie formularze unijne, do których wydawania i rejestrowania jest zobowiązana instytucja właściwa) oraz poświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych wydawane osobom nieubezpieczonym w Funduszu, korzystającym z leczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (tzn. osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych

z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji, zdefiniowanym w art. 1



pkt 2 projektu ustawy), na czas ich dłuższego pobytu lub zamieszkiwania w Polsce.

Wprowadzenie poświadczeń, o których mowa w art. 1 pkt 7 jest uzasadnione tym, że zaświadczenia będą wydawane przez instytucje właściwe w poszczególnych państwach UE w różnych językach europejskich, tym samym świadczeniodawca może mieć duże problemy z ustaleniem prawa do świadczeń zdrowotnych. Poszczególnym osobom będzie przysługiwać różny zakres uprawnień do świadczeń zdrowotnych, zaś dzięki poświadczeniu wydanemu przez NFZ świadczeniodawca od razu ustali, jakie świadczenie może być udzielone w ramach koordynacji i tym samym, za jakie świadczenie otrzyma wynagrodzenie od NFZ. Ponadto poświadczenia ułatwią rozliczanie NFZ z instytucjami właściwymi z innych krajów UE i zwrot kosztów świadczeń udzielonych w ramach koordynacji. Wzór poświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych, o którym mowa powyżej, określi, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia (art. 1 pkt 7 projektu ustawy).

W celu prowadzenia ewidencji udzielania świadczeń zdrowotnych, rozliczania ich kosztów oraz przepływu informacji o osobach korzystających z opieki zdrowotnej w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, instytucji właściwej, instytucji miejsca pobytu lub zamieszkania oraz instytucji łącznikowej zostaną przyznane uprawnienia do przetwarzania danych osobowych osób objętych systemem koordynacji zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych oraz zostanie rozszerzony katalog przetwarzanych danych osobowych o dane zawarte w formularzach serii E 100, a w przyszłości

– w Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego (art. 1 pkt 18 projektu ustawy).

Ustawa wprowadza zmiany w przepisach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia dotyczące opisywania przedmiotu zamówienia oraz wdraża obowiązki publikacyjne, zgodnie z wymogami określonymi w przepisach wspólnotowych w obszarze zamówień publicznych (art. 1 pkt 13 – 16 projektu ustawy). Celem wprowadzonych zmian jest dostosowanie przepisów nowelizowanej ustawy do wymogów dyrektywy Rady 92/50/EWG z dnia 18 czerwca 1992 r. odnoszącej się do koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na usługi. W szczególności, w art. 78a oraz art. 78b wprowadzono wymóg umieszczania w dokumentacji dotyczącej każdego zamówienia specyfikacji technicznych, o których mowa w Załączniku II do dyrektywy 92/50/EWG, z pominięciem

takich specyfikacji, które, odnosząc się do produktów określonej produkcji, pochodzenia lub produkowanych w określony sposób, skutkują uprzywilejowaniem lub eliminacją pewnych wykonawców, chyba że jest to uzasadnione przedmiotem zamówienia. Przedmiot zamówienia powinien zostać opisany zgodnie z regułami określonymi w art. 78b. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane do opisu należy kolejno stosować normy określone w art. 78b ust. 2. Kolejność ta wynika wprost z postanowień dyrektyw, w szczególności art. 14 dyrektywy 92/50/EWG, art. 8 dyrektywy 93/36/EWG koordynującej procedury udzielania zamówień publicznych na dostawy oraz art. 10 dyrektywy 93/37/EWG dotyczącej koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na roboty budowlane.

Ponadto, projekt nakłada na dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu obowiązek przekazywania Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszeń o wyniku rozstrzygniętego postępowania, jeżeli wartość przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro (art. 1 pkt 16 projektu ustawy).

W art. 2 niniejszej nowelizacji dokonuje się uchylecia pkt 2 w art. 7 ustawy 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), co jest konieczne z uwagi na fakt, że zarówno przedmiotowa nowelizacja, jak i ustawa z dnia 12 września 2003 r. zmieniają art. 7 ust. 1 obowiązującej ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. W związku z czym konieczne było skorelowanie terminu wejścia w życie obu ustaw zmieniających, tak aby z dniem 1 maja 2004 r. osoby odbywające staż adaptacyjny mogły przystąpić do ubezpieczenia dobrowolnego na zasadach określonych ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Zgodnie z decyzją Rady Ministrów podjętą na posiedzeniu w dniu 20 stycznia 2004 r., dotyczącą źródła finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych na podstawie przepisów o koordynacji w całości ze środków Funduszu, do projektu ustawy wprowadzono stosowny przepis w art. 132 pkt 1 ustawy (art. 1 pkt 17 projektu ustawy).

Zakres przedmiotowy projektowanej ustawy obejmuje wyłącznie regulacje mające na celu dostosowanie przepisów obowiązujących w Polsce do wymogów *acquis communautaire*, tak aby można było bez żadnych przeszkód realizować zadania związane ze świadczeniem usług zdrowotnych po akcesji Polski do UE.

## OCENA SKUTKÓW REGULACJI

### 1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Projekt ustawy oddziałuje na obywateli polskich, obywateli państw członkowskich UE, bezpaństwowców i uchodźców zamieszkałych na obszarze UE oraz obywateli Europejskiego Obszaru Gospodarczego w zakresie podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu przez zniesienie wymogu zamieszkiwania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a także przez włączenie ich do koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

Projekt oddziałuje na Narodowy Fundusz Zdrowia wskazując na niego jako instytucję właściwą, instytucję miejsca zamieszkania, instytucję miejsca pobytu oraz instytucję finansującą ze środków własnych koszty rzeczowych świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach europejskiego systemu koordynacji.

Projektowana regulacja będzie miała wpływ na warunki funkcjonowania podmiotów świadczących usługi zdrowotne w Polsce, zwłaszcza w obszarach przygranicznych. Z jednej strony ewentualna presja ze strony pacjentów domagających się od NFZ zwrotu kosztów zagranicznego leczenia oraz z drugiej strony prawdopodobne nasilenie się wyjazdów polskich obywateli do krajów UE w celach leczniczych mogą spowodować pogorszenie się sytuacji finansowej krajowych świadczeniodawców.

### 2. Konsultacje społeczne

W ramach konsultacji społecznych projekt został skierowany do następujących podmiotów: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz do Stowarzyszenia „Primum Non Nocere” (organizacji reprezentującej pacjentów).

Naczelna Rada Lekarska zwróciła uwagę na potrzebę określenia zasad i trybu przepływu środków finansowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach koordynacji oraz na możliwość wystąpienia dodatkowych obciążeń finansowych dla NFZ z tytułu realizacji przepisów o koordynacji. Uwagi te są zasadne, ale nie mogą być wprost wprowadzone do treści projektu ustawy. Ponadto, NRL zgłosiła również uwagę dotyczącą kwestii pokrywania kosztów udzielania świadczeń zdrowotnych obywatelom państw innych niż obywatele państw członkowskich UE i EOG. Uwaga powyższa nie została uwzględniona, gdyż nie jest związana z koordynacją.

Bezpośrednich uwag do projektu treści ustawy nie zgłosiła Naczelna Rada Aptekarska, która jednocześnie zasygnalizowała konieczność nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie delegacji zawartej w art. 143 ust. 2. Uwaga ta zostanie uwzględniona przy nowelizacji tego rozporządzenia.

### 3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora finansów publicznych

Włączenie Polski do koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie świadczeń zdrowotnych będzie skutkowało zwiększeniem wydatków publicznych w sektorze ochrony zdrowia, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z powodu bezpośredniego stosowania rozporządzeń unijnych w polskim porządku prawnym. W krajach UE koszty z tego tytułu kształtują się na różnym poziomie w zależności od struktury migracji ludności (zarówno w celach zarobkowych jak i turystycznych), od stopnia rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia, zakresu i jakości oferowanych usług zdrowotnych, poziomu stosowanych cen, ograniczeń w dostępie do świadczeń, itp.

W poniższej tabeli przedstawiono wydatki w poszczególnych krajach UE na rozliczenia międzynarodowe za świadczenia zdrowotne w przeliczeniu na obywatela w okresie 1989-1998 w €, z której wynika, że w 1998 r. najniższe wydatki z tego tytułu poniosła Wielka Brytania (0,36 €/osoba/rok), a najwyższe Luksemburg (116 €).

Tabela: Wydatki na rozliczenia międzynarodowe za świadczenia zdrowotne w krajach WE średnio na obywatela (w euro)

Kraje UE	1989	1993	1997	1998
Belgia	3,62	8,93	8,93	4,38

Niemcy	1,77	1,83	2,08	2,21
Dania	-	0,16	0,83	0,63
Hiszpania	0,33	1,48	1,03	1,11
Irlandia	0,18	0,65	1,68	0,93
Francja	0,79	1,87	1,21	1,05
Grecja	0,95	2,51	2,68	3,15
Włochy	2,99	8,36	3,52	2,89
Luksemburg	58,01	149,55	135,29	116,0
Holandia	1,95	0,26	1,98	2,85
Portugalia	0,82	3,76	6,81	7,00
Wielka Brytania	0,33	1,61	1,92	0,36
Austria	-	-	0,48	1,87
Finlandia	-	-	0,49	0,52
Islandia	-	-	0,59	0,64
Norwegia	-	-	0,95	1,56
Szwecja	-	-	0,65	0,96
Średnio w krajach UE	1,31	2,95	2,37	1,99

Zakłada się, że skutki finansowe integracji w obszarze świadczeń zdrowotnych będą miały w Polsce dynamiczny charakter i będą wzrastały w kolejnych latach członkostwa. Szacuje się, że wydatki z tytułu świadczenia usług zdrowotnych w ramach swobodnego przemieszczania się osób w obrębie Unii Europejskiej w 2004 r. wyniosą ok. 200 mln zł i obciążą Narodowy Fundusz Zdrowia. W kolejnych latach będą one rosły proporcjonalnie do wzrostu liczby osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych w krajach UE, gdzie ceny za usługi medyczne są od kilku do kilkunastu razy wyższe niż w Polsce. Prognozuje się, że w roku 2005 koszty związane z koordynacją wyniosą ok. 500 mln zł, a w roku 2007 mogą wynosić ok. 1,2 mld złotych.

Oszacowanie powyższych kosztów oparte zostało na dwóch sposobach symulacji. Pierwsza metoda uwzględnia średnie wydatki na jednego obywatela na rok, wynikające z rozliczeń międzynarodowych za świadczenia zdrowotne zarejestrowane w krajach Unii Europejskiej.

W Portugalii, która z punktu widzenia ekonomicznego jest najbardziej zbliżona do Polski, średnia ta za 1998 r. wynosiła 7 euro, podczas gdy zaraz po akcesji Portugalii do UE (w roku 1986) wynosiła tylko ok. 1 euro na obywatela. Drugi sposób został oparty na średniej wartości jednego świadczenia udzielonego w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wyliczonej na podstawie rzeczywistych danych z instytucji łącznikowych, zebranych podczas realizacji projektu Consensus III. Obie metody symulacji dały przybliżone wyniki.

Dynamice wzrostowej podlegać będą wszystkie elementy kosztów ponoszonych w ramach koordynacji, tj. koszty leczenia w nagłych przypadkach (świadczenia niezbędnie konieczne), koszty świadczeń planowanych (udzielanych na podstawie zgody na leczenie w innym państwie członkowskim) oraz rozliczenia ryczałtowe (wnoszone np. za członków rodziny ubezpieczonego mieszkających w innym państwie członkowskim UE niż ubezpieczony, za emerytów ubezpieczonych w Polsce mieszkających w innym państwie członkowskim).

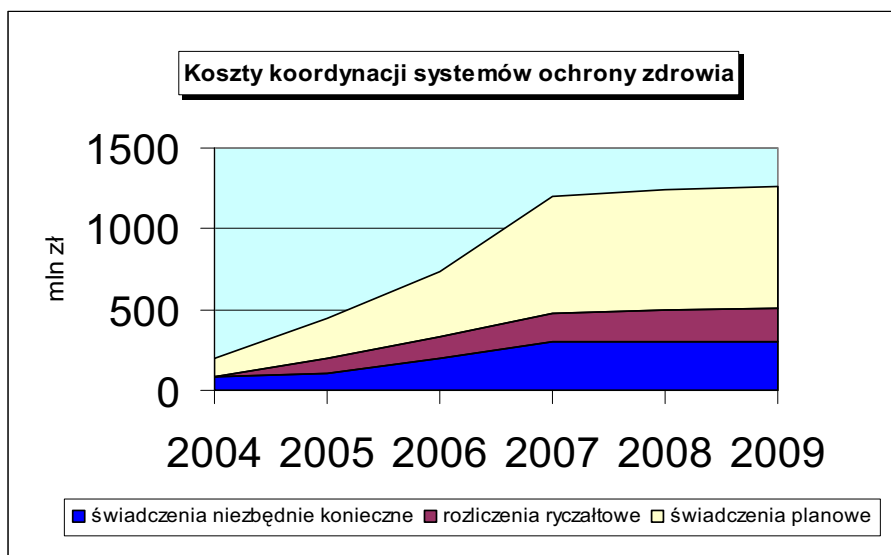
Szacunki w perspektywie krótkoterminowej sporządzono przy założeniu, że spośród osób wyjeżdżających w ciągu roku turystycznie do krajów UE/EOG ok. 1% skorzysta ze świadczeń zdrowotnych w trybie nagłym, a liczba świadczeń planowanych w pierwszym okresie akcesji będzie niewielka.

Natomiast symulowany wzrost kosztów całkowitych świadczeń udzielonych w ramach koordynacji w perspektywie długoterminowej wynika z założenia, że nastąpi zwiększenie liczby świadczeń planowych, udzielanych głównie na podstawie zgody Prezesa NFZ (zgodnie z procedurą opisaną w art. 48 projektu nowelizacji ustawy), a także ze stopniowego wzrostu migracji obywateli RP wraz z rodzinami do krajów UE.

Wzrost liczby wyjazdów turystycznych będzie korelował ze wzrostem kosztów za świadczenia niezbędnie konieczne, które będą realizowane w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Zakłada się, że zwiększenie liczby świadczeń planowych będzie zjawiskiem niezależnym od ruchu turystycznego. Przede wszystkim będzie wynikało z orzecznictwa ETS i braku możliwości, w wielu przypadkach, odmowy udzielenia zgody na planowe leczenie bez zbędnej zwłoki do krajów UE, niezależnie od sytuacji finansowej NFZ.

Przybliżona charakterystyka zmian z podziałem na tytuły prawne (zakres rzeczowy należnych świadczeń) ponoszonych kosztów została przedstawiona na wykresie.



Pełnienie funkcji instytucji właściwej i instytucji łącznikowej przez Narodowy Fundusz Zdrowia będzie oznaczało konieczność ponoszenia przez tę jednostkę dodatkowych kosztów administracyjnych, przy uwzględnieniu reorganizacji istniejących struktur i ich racjonalizacji.

Szacuje się, że koszty administracyjne Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z realizacją zadań instytucji właściwej i instytucji łącznikowej wyniosą w 2004 r. ogółem 7 424 387 zł, w tym:

- |   |               |
|---|---------------|
| 1) z tytułu zadań wykonywanych jako instytucja właściwa   | 6 459 371 zł, |
| z tego:   |               |
| jednorazowe koszty  | 731 035 zł,   |
| 2) z tytułu zadań wykonywanych jako instytucja łącznikowa | 965 016 zł,   |
| z tego:   |               |
| jednorazowe koszty  | 105 000 zł.   |

Na kwotę 6 459 371 zł (wydatki związane z wykonywaniem funkcji instytucji właściwej) składają się następujące pozycje:

- wydatki płacowe 2 400 000 zł,  
(100 etatów x 2500 zł x 8 m-cy) plus pochodne
- koszty utrzymania nowych stanowisk pracy 178 400 zł,  
(223 zł x 100 stanowisk x 8 m-cy)
- koszty wynajmu dodatkowych pomieszczeń biurowych 89 600 zł,  
(100 stanowisk x 28 zł/m-c x 4m<sup>2</sup> x 8 m-cy)
- koszt zakupu formularzy 440 000 zł,  
(2 mln szt x 0,22 zł)
- pozostałe koszty administracyjne 2 620 336 zł,  
(dystrybucja formularzy typu E 100, bezpośrednie kontakty z instytucjami właściwymi UE i EOG)
- jednorazowe koszty 731 035 zł.

Na kwotę 965 016 zł (wydatki związane z wykonywaniem funkcji instytucji łącznikowej) składają się następujące pozycje:

- wydatki płacowe 672 000 zł,  
(20 etatów x 3500 zł/m-c x 8 m-cy) plus pochodne
- koszty utrzymania nowych stanowisk pracy 35 680 zł,  
(20 stanowisk x 223 zł x 8 m-cy)
- koszty wynajmu dodatkowych pomieszczeń biurowych na terenie Warszawy w związku z aktualnie wykorzystaną powierzchnią użytkową w Centrali NFZ i koniecznością zapewnienia właściwej dostępności świadczeniobiorców 32 000 zł,  
(20 stanowisk x 50 zł/m-c x 4m<sup>2</sup> x 8 m-cy)
- pozostałe koszty administracyjne 120 336 zł,  
(bezpośrednie kontakty z instytucjami łącznikowymi UE i EOG)
- jednorazowe koszty 105 000 zł.

Na jednorazowe wydatki w łącznej wysokości 836.035 zł składa się zakup wyposażenia biurowego i sprzętu informatycznego dla 100 osób zatrudnionych w instytucji właściwej i 20 osób zatrudnionych w instytucji łącznikowej oraz koszty szkolenia.



Powyższe koszty będą ewentualnie zwiększone o zakup sieci rozległej, serwera i oprogramowania, jeżeli okaże się, że aktualnie istniejące możliwości informatyczne Narodowego Funduszu Zdrowia są niewystarczające do wykonywania zadań związanych z pełnieniem funkcji instytucji właściwej i łącznikowej. Koszty związane z ewentualnym doposażeniem Narodowego Funduszu Zdrowia z tego tytułu będą uzależnione od wyników przetargu oraz maksymalnego wykorzystania istniejącej sieci i miejsc na aktualnie użytkowanych serwerach oddziałów i Centrali.

Zmiana ustawy 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) ma jedynie charakter porządkowy, ponieważ brzmienie art. 7 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zostało ustalone ustawą z dnia 12 września 2003 r., a nowelizacja tejże ustawy polegająca na uchynieniu pkt 2 w art. 7 jest niezbędna dla skorelowania wejścia obu ustaw w życie (o czym wspomniano w uzasadnieniu do niniejszego projektu). Zatem nowelizacja ustawy 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 – zgodnie z uzasadnieniem do tejże ustawy zawartym w druku sejmowym nr 1803 – „nie wywoła skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego”.

#### 4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana ustawa nie będzie miała istotnego wpływu na rynek pracy. Zwiększeniu będzie musiał ulec poziom zatrudnienia pracowników w Narodowym Funduszu Zdrowia, ze względu na podjęcie nowych zadań (instytucja właściwa, instytucja miejsca zamieszkania, instytucja miejsca pobytu), wynikających z przepisów wspólnotowych o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

#### 5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Projektowana ustawa nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Wpływ taki będzie miało natomiast rozpoczęcie z dniem akcesji stosowania w Polsce przepisów wspólnotowych w obszarze koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na terytorium Wspólnoty w oparciu m.in. o podstawy instytucjonalno-prawne wskazane w projekcie.

#### 6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Projektowana ustawa nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionów.

#### 7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludzi

Umożliwienie obywatelom RP korzystania ze świadczeń zdrowotnych w innych krajach UE, zgodnie z zasadami koordynacji, poprawi dostępność do niektórych świadczeń specjalistycznych na wysokim poziomie i pozytywnie wpłynie na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa.

#### 8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projekt ustawy jest zgodny z przepisami prawa Unii Europejskiej.

**UZASADNIENIE DOSTOSOWAWCZEGO CHARAKTERU PROJEKT 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**

Projekt 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 wprowadza podstawy instytucjonalno – proceduralne dla stosowania z dniem akcesji regulacji następujących aktów wspólnotowego prawa pochodnego:

- rozporządzenia nr 1408/71/EWG 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. z późn. zm.),
- rozporządzenia nr 574/72/EWG 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. z późn. zm.) oraz
- rozporządzenia nr 859/2003/WE 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.).

Należy zauważyć, iż wskazane powyżej akty wspólnotowego prawa pochodnego, będą – co do zasady - obowiązywać w Polsce z mocy prawa, bez konieczności ich transpozycji do systemu prawa krajowego. Uczestnictwo w systemie koordynacji nie wymaga zatem transpozycji do przepisów prawa krajowego szczegółowych warunków transferu i finansowania poszczególnych rodzajów świadczeń, objętych zakresem koordynacji, czy warunków ich realizacji. Na Polskę w okresie przedakcesyjnym ciąży jednak obowiązek przygotowania administracji ubezpieczeniowej do działania w powyższym systemie. W szczególności, w okresie do dnia uzyskania przez Polskę członkostwa w Unii Europejskiej, nastąpić powinno rozstrzygnięcie o strukturach organizacyjnych i procedurach, mających na celu zapewnienie właściwej realizacji systemu koordynacji.

Ponadto, na obecnym etapie przygotowań do uczestnictwa w systemie koordynacji zabezpieczenia społecznego, należy dokonać zmian w regulacjach krajowych, dotyczących poszczególnych kategorii świadczeń, w tym świadczeń zdrowotnych, mających na celu umożliwienie korzystania z nich z dniem

akcesji przez obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej oraz obywateli państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Powyższe zmiany obejmować powinny w szczególności zniesienie - z chwilą uzyskania przez Polskę członkostwa w Unii Europejskiej – regulacji uzależniającej możliwość korzystania z poszczególnych kategorii świadczeń z zabezpieczenia społecznego przez osoby posiadające obywatelstwo państw członkowskich Unii Europejskiej od spełnienia warunku posiadania obywatelstwa polskiego. W powyższym względzie, obywatele państw członkowskich Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego winni być traktowani tak jak obywatele polscy.

Mając na uwadze konieczność realizacji wskazanych powyżej zadań o charakterze legislacyjnym, zmiany zaproponowane w projekcie 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 obejmują w szczególności:

- zmianę zasad podlegania polskiemu ubezpieczeniu zdrowotnemu poprzez rozszerzenie katalogu osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia o zamieszkujących na terytorium Unii Europejskiej obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz rozszerzenie kryterium miejsca zamieszkania członka rodziny ubezpieczonego z dotychczasowego kryterium zamieszkiwania wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na kryterium obejmujące zamieszkiwanie na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
- określenie warunków korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia poza granicami kraju, tj. na koszt Funduszu, jak również warunków korzystania ze świadczeń przez osoby uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów o koordynacji, poprzez wprowadzenie do przepisów nowelizowanej ustawy instytucji zaświadczenia oraz poświadczenia o prawie do tych świadczeń.
- uregulowanie spraw związanych z kierowaniem na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju.
- wskazanie instytucji realizujących obowiązki przewidziane w przepisach o koordynacji.
- określenie źródła i podmiotu finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Projekt ustawy 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 wyczerpuje katalog niezbędnych zmian legislacyjnych związanych z przystąpieniem Polski do

koordynacji systemów zabezpieczenia na obszarze Wspólnoty w zakresie świadczeń zdrowotnych i nie budzi wątpliwości co do zgodności z wymogami *acquis*.

Ponadto, w uzupełnieniu procesu dostosowawczego w obszarze świadczeń zdrowotnych, projekt ustawy wprowadza zmiany w przepisach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia dotyczące opisywania przedmiotu zamówienia oraz wdraża obowiązki publikacyjne, zgodnie z wymogami określonymi w przepisach wspólnotowych w obszarze zamówień publicznych. Celem wprowadzonych zmian jest dostosowanie przepisów nowelizowanej ustawy do wymogów Dyrektywy 92/50/EWG z 18 czerwca 1992 roku odnoszącej się do koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na usługi (Dz. Urz. WE L 209 z 24.07.1992, str. 1 i n. z późn. zm.), jak również dyrektywy 93/36/EWG z dnia 14 czerwca 1993 r. koordynującej procedury udzielania zamówień publicznych na dostawę (Dz. Urz. WE L 199 z 09.08.1993, str. 1 i n. z późn. zm.) oraz dyrektywy 93/37/EWG z dnia 14 czerwca 1993 r. dotyczącej koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na roboty budowlane (Dz. Urz. WE L 199 z 09.08.1993, str. 54 i n. z późn. zm.). Projekt nakłada również na podmiot realizujący procedurę zamówień publicznych obowiązek stosowania do opisu przedmiotu zamówienia nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002/WE z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n.). Obowiązek powyższy dotyczyć będzie wszystkich zamówień publicznych realizowanych po dniu akcesji, w tym zamówień na świadczenia zdrowotne – jego realizacja będzie miała natomiast charakter *stricte* techniczny, polegający na odpowiednim oznaczeniu numerycznym przedmiotu zamówienia. Projekt nie dokonuje zatem implementacji powyższej regulacji lecz zapewnia jej stosowanie w zakresie swojej regulacji. Powyższe stwierdzenie znajduje odzwierciedlenie w katalogu dokumentów przekazanych do projektu ustawy, w którym nie umieszczono rozporządzenia nr 2195/2002/WE wśród dokumentów podlegających transpozycji w drodze przedmiotowego przedłożenia.

W projekcie zaproponowano również zmianę ustawy o zmianie ustawy o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych oraz o zmianie niektórych ustaw, mającą na celu umożliwienie przystępowania do ubezpieczenia dobrowolnego osobom, które będą odbywać w Polsce staż adaptacyjny w ramach transponowanego w przepisach nowelizowanej ustawy wspólnotowego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych.

W konkluzji należy zatem stwierdzić, iż wyżej przedstawiona analiza pozwala uznać projekt 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 za dostosowujący prawo polskie do wspólnotowego *acquis* w zakresie problematyki koordynacji systemu świadczeń zdrowotnych.



**URZĄD  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ**

**MINISTER**  
*Prof. dr hab. Danuta Hübner*

Min. DH- 460 /04/DPE/eb

Warszawa, 10 lutego 2004 r.

**Pan**  
**Aleksander Proksa**  
**Sekretarz Rady Ministrów**

Opinia o zgodności projektu 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, z prawem Unii Europejskiej wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106 poz. 49), przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Minister Danutę Hübner, działającą z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej.

W związku z przedstawionym projektem ustawy (pismo nr RM-10-30-04), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

- I. Przedstawiony projekt ustawy 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 wprowadza podstawy instytucjonalno – proceduralne dla stosowania z dniem akcesji regulacji następujących aktów wspólnotowego prawa pochodnego:
  - rozporządzenia nr 1408/71/EWG 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. z późn. zm.),
  - rozporządzenia nr 574/72/EWG 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. z późn. zm.) oraz

- rozporządzenia nr 859/2003/WE 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.).

II. Zaproponowane w przedstawionym projekcie zmiany legislacyjne w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia obejmują w szczególności zmianę zasad podlegania polskiemu ubezpieczeniu zdrowotnemu poprzez rozszerzenie katalogu osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia o zamieszkujących na terytorium Unii Europejskiej obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz rozszerzenie kryterium miejsca zamieszkania członka rodziny ubezpieczonego z dotychczasowego kryterium zamieszkiwania wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na kryterium obejmujące zamieszkiwanie na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego. W powyższym zakresie projekt dostosowuje zakres podmiotowy ustawy do wymogu stosowania zasady równego traktowania w dostępie do świadczeń zdrowotnych, sformułowanej w art. 3 rozporządzenia nr 1408/71/EWG. Ponadto, w projekcie określono warunki korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia poza granicami kraju, tj. na koszt Funduszu, jak również warunki korzystania ze świadczeń przez osoby uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów o koordynacji, poprzez wprowadzenie do przepisów nowelizowanej ustawy instytucji zaświadczenia oraz poświadczenia o prawie do tych świadczeń. Kwestie związane z charakterem prawnym ww. dokumentów uregulowane zostały *explicite* w rozporządzeniu nr 1408/71/EWG oraz w rozporządzeniu nr 574/72/EWG, na ustawodawcy krajowym spoczywa jednak obowiązek uregulowania procedur oraz trybu ich wydawania i potwierdzania. W projekcie uregulowano następnie sprawy związane z kierowaniem na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju m.in. w zakresie, w jakim wymaga takiego uregulowania dyspozycja art. 22 rozporządzenia nr 1408/71/EWG, jak również określono źródła i podmioty finansujące koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Należy zatem stwierdzić, iż projekt 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 wyczerpuje katalog niezbędnych zmian legislacyjnych związanych z przystąpieniem Polski do koordynacji systemów zabezpieczenia na obszarze Wspólnoty w zakresie świadczeń zdrowotnych i nie

budzi wątpliwości co do zgodności z wymogami *acquis*. Wątpliwości budzi jedynie brak wskazania w przedstawionym projekcie ustawy instytucji realizujących obowiązki przewidziane w przepisach o koordynacji, tj. instytucji realizujących zadania wynikające z faktu pełnienia funkcji instytucji właściwej oraz łącznikowej.

- III. Ponadto, w projekcie zaproponowano zmianę ustawy o zmianie ustawy o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych oraz o zmianie niektórych ustaw, mającą na celu umożliwienie przystępowania do ubezpieczenia dobrowolnego osobom, które będą odbywać w Polsce staż adaptacyjny w ramach transponowanego w przepisach nowelizowanej ustawy wspólnotowego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych.
- IV. W konkluzji pozwalam sobie stwierdzić, iż przedstawiony projekt 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, jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem,

Z up. Sekretarza Komitetu  
Integracji Europejskiej  
PODSEKRETAZ STANU

Jarosław Piotras

Do uprzejmej wiadomości:

Pan Leszek Sikorski

Minister Zdrowia



**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2004 r.

**w sprawie sposobu wydawania poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń  
zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

Na podstawie art. 19b ust. 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1. 1.** Poświadczenie potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zwane dalej „poświadczeniem”, wydaje Narodowy Fundusz Zdrowia na wniosek osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia złożenia wniosku.

2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się:

- 1) zaświadczenie o prawie do świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie przepisów o koordynacji, wydane przez instytucję właściwą w rozumieniu tych przepisów;
- 2) kserokopię dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu, na podstawie których możliwe jest potwierdzenie danych zawartych we wniosku.

**§ 2.** Wzór poświadczenia stanowi załącznik do rozporządzenia.

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

**MINISTER ZDROWIA**

---

<sup>1)</sup> Minister zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833 oraz z 2003 r. Nr 199, poz. 1941).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej 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 i Nr ..., poz. ....

**WZÓR POŚWIADCZENIA**

potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych na terytorium  
Rzeczypospolitej Polskiej

<b>Narodowy Fundusz Zdrowia</b>
<b>POŚWIADCZENIE nr .....</b> <b>potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych na terytorium</b> <b>Rzeczypospolitej Polskiej</b>
Imiona i Nazwisko .....
Data urodzenia (dd/mm/rrrr) .....
Numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano tego numeru – seria i numer dowodu osobistego lub paszportu, albo numer identyfikacyjny dokumentu, na podstawie którego ustalono dane osobowe .....
Adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej .....
Nazwa i adres instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia zdrowotne .....
Zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących uprawnionemu .....

.....	
.....	
Okres przysługiwania świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej .....	
.....	
.....	
Data	Stanowisko oraz imię i
nazwisko osoby wystawiającej dokument	

### UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia w sprawie sposobu wydawania poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 19b ust. 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie ma na celu zapewnienie możliwości realizowania uprawnień w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osobom uprawnionym do tychże świadczeń na podstawie ustawy oraz przepisów o koordynacji. Osobom tym wydawane będą, na ich wniosek, stosowne dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Wyposażenie osób uprawnionych w takie dokumenty zapewni tym osobom „dowód” posiadania odpowiednich uprawnień do świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Poświadczenia będą wydawane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na wniosek osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 3 dni od dnia złożenia wniosku. Oznacza to, iż osoba uprawniona po złożeniu i weryfikacji wymaganych dokumentów, powinna zostać wyposażona w poświadczenie. Termin 3 dniowy na jego wydanie z jednej strony pozwoli NFZ na ewentualne wyjaśnienie spraw skomplikowanych, z drugiej wskaże osobie uprawnionej najdłuższy termin, w którym powinna uzyskać poświadczenie.

Mając na uwadze regulacje prawne zawarte w ustawie z dnia ..... 2004 r. 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 (Dz. U. Nr ..., poz. ...), która wchodzi w życie z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej, proponuje się aby rozporządzenie weszło życie z tym samym dniem.

## Ocena Skutków Regulacji

### 1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego.

Projekt ustawy oddziałuje na cudzoziemców, którzy posiadają uprawnienia do świadczeń zdrowotnych w jednym z państw członkowskich UE lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Osoby takie po przyjeździe do Polski będą mogły ubiegać się o wydanie dokumentu poświadczającego ich uprawnienia do świadczeń zdrowotnych na obszarze RP. Świadczenia te będą udzielane przez polskich świadczeniodawców na koszt instytucji, w której taka osoba jest zagranicą ubezpieczona.

Projekt rozporządzenia oddziałuje również na Narodowy Fundusz Zdrowia, który będzie instytucją wydającą Poświadczenia.

### 2. Konsultacje społeczne.

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany do następujących podmiotów: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i położnych.

### 3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora finansów publicznych.

Projekt rozporządzenia nie wywoła bezpośrednio skutków finansowych dla sektora finansów publicznych, z wyjątkiem Narodowego Funduszu Zdrowia, który poniesie koszty administracyjne związane ze zorganizowaniem obsługi wydawania poświadczeń.

### 4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało istotnego wpływu na rynek pracy.

### 5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

### 6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

### 7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia jest zgodny z przepisami prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia .....2004 r.

**w sprawie składania i rozpatrywania wniosku o wyrażenie ubezpieczonym zgody przez  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na przeprowadzenie leczenia lub badań  
diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego  
Obszaru Gospodarczego**

Na podstawie art. 48 ust. 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Rozporządzenie określa:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o wyrażenie ubezpieczonym zgody przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, w przypadku, o którym mowa w art. 22 ust. 2 Rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71/EWG dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE z 5.07.1971 r. L 149, str. 2 i n., z późn. zm.), zwanego dalej „wnioskiem”;
- 2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

---

<sup>1)</sup> Minister zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833 oraz z 2003 r. Nr 199, poz. 1941).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej 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 i Nr ..., poz. ...).

§ 2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Prezesem Funduszu”, wyraża zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badania diagnostycznego w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, zwanej dalej „UE” lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, zwanego dalej „EOG”, w przypadkach, o których mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia, o którym mowa w § 1 pkt 1.

§ 3. 1. Podstawą wyrażenia przez Prezesa Funduszu zgody na przeprowadzenie leczenia lub badania diagnostycznego jest wniosek wystawiony przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - specjalistę we właściwej dziedzinie medycyny, posiadającego tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego, zwanego dalej "lekarzem".

2. Lekarz podaje we wniosku aktualny stan zdrowia pacjenta i prawdopodobny dalszy przebieg choroby oraz potwierdza konieczność niezwłocznego przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych wskazanych we wniosku.

3. Lekarz wskazuje we wniosku placówkę opieki medycznej znajdującą się na terytorium jednego z państw członkowskich UE lub EOG, do której proponuje skierować ubezpieczonego na leczenie lub badania diagnostyczne oraz przyjmuje oświadczenie ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego o wyrażeniu zgody na leczenie we wskazanej placówce, złożone w części IV wniosku.

4. Ubezpieczony, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba pisemnie upoważniona przez ubezpieczonego dostarcza lekarzowi przetłumaczoną na język angielski przez tłumacza przysięgłego część II wniosku, zwaną dalej „tłumaczeniem części II wniosku”.

§ 4. W terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia otrzymania tłumaczenia części II wniosku, lekarz przekazuje wniosek wraz z tłumaczeniem i zgodą ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego, do:

- 1) do właściwego dla ubezpieczonego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „oddziałem wojewódzkim Funduszu” w przypadku, gdy leczenie lub badanie diagnostyczne jest dostępne (wykonywane) na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jednakże ze względu na aktualny stan zdrowia ubezpieczonego i prawdopodobny dalszy rozwój choroby leczenie lub badanie

- diagnostyczne nie może być wykonane w terminie zwykle niezbędnym dla jego uzyskania;
- 2) konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny, zwanego dalej „konsultantem krajowym”, w celu zaopiniowania, w przypadku, gdy leczenie lub badanie diagnostyczne nie jest wykonywane na terytorium kraju.

§ 5.1. Konsultant krajowy dokonuje oceny wniosku, w szczególności w zakresie udowodnionej skuteczności proponowanego leczenia lub wiarygodności badania diagnostycznego oraz w zakresie braku możliwości wykonania leczenia lub badania w kraju. Dokonując oceny wniosku, konsultant krajowy wskazuje placówkę opieki medycznej znajdującą się na terytorium jednego z państw członkowskich UE lub EOG, uzasadniając jej wybór, a także, jeżeli istnieje taka potrzeba, wskazuje odpowiedni do stanu zdrowia ubezpieczonego środek transportu.

2. Zaopiniowany wniosek wraz z tłumaczeniem części II wniosku konsultant krajowy przekazuje w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia jego otrzymania do właściwego dla ubezpieczonego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 6.1. Oddział wojewódzki Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku i w przypadku stwierdzenia braków formalnych odsyła wniosek wraz z tłumaczeniem części II wniosku lekarzowi w celu ich usunięcia.

2. W przypadku pozytywnej weryfikacji oddział wojewódzki Funduszu wypełnia w dwóch egzemplarzach „Zaświadczenie dotyczące zachowania prawa do aktualnie przysługujących świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego”, zwane dalej „formularzem E 112 PL”.

3. Oddział wojewódzki Funduszu może wybrać inną niż wskazana we wniosku zagraniczną placówkę opieki medycznej, jeżeli stwierdzi, że placówka ta, według dostępnej wiedzy, właściwie przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne.

4. Oddział Wojewódzki Funduszu przesyła wybranej zagranicznej placówce opieki medycznej tłumaczenie części II wniosku i uzgadnia z tą placówką koszt leczenia lub badań diagnostycznych.

5. Po uzgodnieniu kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, w ciągu 2 dni roboczych oddział wojewódzki Funduszu sporządza wstępny kosztorys i wraz z wnioskiem, tłumaczeniem części II wniosku oraz wypełnionym formularzem „E 112 PL” przekazuje Prezesowi Funduszu.

§ 7. 1. Prezes Funduszu wyraża zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych ubezpieczonego w innym państwie członkowskim UE lub EOG albo odmawia jej udzielenia w terminie 7 dni od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w § 6 ust. 5.

2. Prezes Funduszu wyraża zgodę albo odmawia jej wyrażenia, wypełniając część V wniosku. Po wyrażeniu zgody Prezes Funduszu poświadcza formularz „E 112 PL” w dwóch egzemplarzach.

§ 8. Prezes Funduszu niezwłocznie informuje o wyrażeniu zgody:

- 1) osoby, o których mowa w § 3 ust. 3, przesyłając jeden egzemplarz poświadczanego formularza „E 112 PL” wraz z tłumaczeniem II części wniosku oraz informację pisemną;
- 2) lekarza wystawiającego wniosek przesyłając informację pisemną.

§ 9. Prezes Funduszu niezwłocznie informuje o odmowie wyrażenia zgody:

- 1) osoby, o których mowa w § 3 ust. 3;
- 2) lekarza wystawiającego wniosek  
- przesyłając im informację pisemną wraz uzasadnieniem odmowy.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

**MINISTER ZDROWIA**



**Wzór wniosku o wyrażenie zgody na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych  
w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru  
Gospodarczego**

**WZÓR**

.....  
(pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub lekarza wystawiającego wniosek)

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA PRZEPROWADZENIE LECZENIA  
LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO  
W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UNII EUROPEJSKIEJ  
LUB EUROPEJSKIEGO OBSZARU GOSPODARCZEGO**

**WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**Część I i II wniosku wypełnia lekarz z tytułem  
naukowym profesora lub stopniem naukowym  
doktora habilitowanego.**

**CZĘŚĆ I.**

1. Nazwisko ubezpieczonego: .....  
Imię (Imiona): .....  
Poprzednie imiona i nazwiska: .....  
Data urodzenia: .....  
PESEL: .....  
Adres zamieszkania: .....  
.....  
Telefon: .....  
Oddział Wojewódzki NFZ: .....
2. Proponowana/e zagraniczna/e placówka/i opieki  
medycznej w kraju członkowskim UE lub EOG (nazwa i adres):  
.....  
.....
3. Wskazanie terminu, w jakim leczenie lub badania  
diagnostyczne powinny być przeprowadzone: .....
4. Cel wyjazdu i przewidywany sposób leczenia za granicą  
(konsultacja, leczenie ambulatoryjne, kliniczne -  
szczegółowy zakres leczenia): .....

.....  
.....

5. Przewidywany okres pobytu ubezpieczonego za granicą: .....

6. Data ostatniego osobistego badania przez lekarza  
wnioskującego: .....

7. Imię i nazwisko, tytuł lub stopień naukowy lekarza  
wnioskującego, adres do korespondencji: .....

....., dnia .....

.....  
(podpis, pieczęć lekarza  
wystawiającego wniosek)



**CZĘŚĆ III**

**Wypełnia konsultant krajowy właściwej dziedziny medycyny:**

- .....  
.....
1. Imię i nazwisko ubezpieczonego: .....
  2. Rozpoznanie: .....
  3. Ocena możliwości przeprowadzenia leczenia lub badania diagnostycznego na obszarze kraju: .....
  4. Ocena zasadności leczenia poza granicami kraju, udowodnionej skuteczności proponowanego leczenia lub wiarygodności badania diagnostycznego poza granicami kraju oraz wskazanie zagranicznej placówki opieki medycznej wraz z uzasadnieniem: .....
  5. Określenie szczególnych warunków transportu (w przypadku gdy stan zdrowia ubezpieczonego tego wymaga): .....

....., dnia .....

(podpis, pieczęć konsultanta krajowego)

CZĘŚĆ IV.

Wyrażam zgodę na proponowane leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, a także na przetwarzanie danych osobowych oraz na udostępnienie dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

....., dnia .....  
.....  
(podpis ubezpieczonego lub  
jego przedstawiciela ustawowego)

....., dnia .....  
.....  
(podpis i pieczęć lekarza  
przyjmującego oświadczenie)



## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia w sprawie składania i rozpatrywania wniosku o wyrażenie ubezpieczonym zgody przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 48 ust. 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym ustawą 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 (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Przystąpienie Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej spowoduje konieczność realizacji regulacji wspólnotowych w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, określonych w art. 22 ust. 2 Rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71/EWG dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE z 5.07.1971 r. L 149, str. 2 i n. z późn. zm.) i Rozporządzeniu nr 574/72/EWG 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 nr 859/2003/WE 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 (Dz. Urz. WE L 124 z 20.05.2003, str. 1 i n.). Zgodnie z art. 22 ust. 2 Rozporządzenia nr 1408/71/EWG udzielenia zgody wymaganej zgodnie z ust. 1 lit. b) można odmówić jedynie w przypadku, gdy zostanie ustalone, że przeniesienie się zainteresowanego może ujemnie wpłynąć na stan jego zdrowia lub przebieg prowadzonego leczenia. Nie można odmówić udzielenia zgody wymaganej na podstawie ust. 1 lit. c) w przypadku, gdy leczenie, o którym mowa, jest jednym ze świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo Państwa Członkowskiego, którego terytorium zainteresowany zamieszkuje, i jeżeli ta osoba nie może być poddana leczeniu w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia w Państwie Członkowskim zamieszkania, uwzględniając

aktualny stan zdrowia zainteresowanego i prawdopodobny dalszy przebieg choroby.

Natomiast zgodnie z art. 22 ust. 1 Rozporządzenia nr 1408/71/EWG pracownik najemny lub osoba prowadząca działalność na własny rachunek, którzy spełniają warunki wymagane przez ustawodawstwo państwa właściwego w celu uzyskania prawa do świadczeń, z uwzględnieniem, w odpowiednim przypadku, przepisów art. 18 oraz którzy, po uzyskaniu prawa do świadczeń udzielanych na rachunek instytucji właściwej, uzyskali zgodę tej instytucji na powrót na terytorium Państwa Członkowskiego, gdzie zamieszkują lub na przeniesienie swojego miejsca zamieszkania na terytorium innego Państwa Członkowskiego lub którym instytucja właściwa udzieliła zgody na udanie się na terytorium innego Państwa Członkowskiego w celu uzyskania tam odpowiedniej opieki, właściwej w jej stanie, ma prawo:

- 1) do świadczeń rzeczowych udzielanych przez instytucję miejsca pobytu lub zamieszkania na rachunek instytucji właściwej, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem, tak jak gdyby była w niej ubezpieczona, przy czym okres udzielania świadczeń jest określany przez ustawodawstwo państwa właściwego;
- 2) do świadczeń pieniężnych wypłacanych przez instytucję właściwą zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem. Jednakże na podstawie porozumienia między instytucją właściwą a instytucją miejsca pobytu lub miejsca zamieszkania, świadczenia te mogą być udzielane przez tę ostatnią instytucję na rachunek pierwszej instytucji, zgodnie z przepisami ustawodawstwa państwa właściwego.

W celu wykonania powołanych regulacji dokonano zmiany brzmienia art. 48 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany do wydania przedmiotowego rozporządzenia.

Projektowane rozporządzenie wydane zostanie po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Naczelnej Rady Lekarskiej.



## **OCENA SKUTKÓW REGULACJI**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego**

Rozporządzenie będzie oddziaływało na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz lekarzy i konsultantów krajowych kierujących na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie art. 22 ust. 2 Rozporządzenia nr 1408/71/EWG. Ponadto rozporządzenie będzie miało wpływ na ubezpieczonych składających wnioski na wyrażenie zgody na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju w przypadkach określonych w art. 22 ust. 2 Rozporządzenia nr 1408/71/EWG.

### **2. Konsultacje społeczne**

Projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Naczelnej Rady Lekarskiej. W ramach konsultacji społecznych uwzględnione zostaną również organizacje zrzeszające świadczeniodawców w rozumieniu przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

### **3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu i jednostek sektora finansów publicznych.**

Przepisy projektowanego rozporządzenia zwiększą wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia, które zostaną przeznaczone na rozpatrywanie wniosków. Wysokość tych kosztów będzie uzależniona od ilości złożonych wniosków.

### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

**5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

**6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

**7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej**

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z przepisami prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2004 r.

**w sprawie wzoru ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Na podstawie art. 92 ust. 7 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.<sup>2)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. Określa się wzór ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833 oraz z 2003 r. Nr 199, poz. 1941).

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. 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, Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 4, poz. 37 i Nr ..., poz. .... .

*Załącznik  
do rozporządzenia Ministra  
Zdrowia  
z dnia ..... 2004 r.  
(poz. ...)*

**WZÓR OGŁOSZENIA O WYNIKU ROZSTRZYGNIECIA  
POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMOWY  
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**SEKCJA I: ZAMAWIAJĄCY**

I.1) Oficjalna nazwa i adres zamawiającego

Nazwa	Nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów
Adres	Kod pocztowy
Miejscowość	Województwo
Telefon	Faks
Poczta elektroniczna	Adres internetowy (URL)

**SEKCJA II: PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA**

II. 1) NAZWA NADANA PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO

---

II. 2) OPIS

---

---

---

---

---

---

### SEKCJA III. ROZSTRZYGNĘCIE POSTĘPOWANIA

#### III. 1) ŚWIADCZENIODAWCY WYBRANI DO ZAWARCIA UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

##### III. 1.1) Nazwa i adres wybranego(nych) świadczeniodawcy(ów)

Nazwa	
Adres	Kod pocztowy
Miejscowość	Województwo
Telefon	Faks
Poczta elektroniczna	Adres internetowy (URL)

##### III. 1.2) Wartość umowy

*Cena:* ..... *Waluta:* .....

##### III. 1.1) Nazwa i adres wybranego(nych) świadczeniodawcy(ów)

Nazwa	
Adres	Kod pocztowy
Miejscowość	Województwo
Telefon	Faks
Poczta elektroniczna	Adres internetowy (URL)

##### III. 1.2) Wartość umowy

*Cena:* ..... *Waluta:* .....

..... (wykorzystać sekcję III tyle razy, ile jest to konieczne) .....

## **SEKCJA IV: INNE INFORMACJE**

IV. 1) LICZBA UCZESTNIKÓW POSTĘPOWANIA: .....

IV. 2) LICZBA ODRZUCONYCH OFERT: .....

IV. 3) DATA WYSŁANIA OGŁOSZENIA: ...../...../..... (dd/mm/rrrr)

## **UZASADNIENIE**

Projekt rozporządzenia w sprawie wzoru ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 92 ust. 7 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym ustawą 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 (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Projekt rozporządzenia pozostaje z związku z regulacją art. 92 ust. 6 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.) w brzmieniu nadanym ustawą 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 (Dz. U. Nr ..., poz. ...), zgodnie z którą dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przekazuje Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszenie o wyniku rozstrzygniętego postępowania, jeżeli wartość przedmiotu umowy przekracza równowartość 130.000 EURO wyrażoną w złotych.

Mając na uwadze regulacje prawne zawarte w ustawie 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 (Dz. U. Nr ..., poz. ...), która wchodzi w życie z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej, proponuje się aby rozporządzenie weszło życie z tym samym dniem.

## **OCENA SKUTKÓW REGULACJI**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego**

Podmiotem, na który oddziałuje projekt niniejszego aktu prawnego jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

### **2. Konsultacje społeczne**

W ramach konsultacji społecznych uwzględnione zostaną takie podmioty jak: Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Izba Aptekarska, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych oraz związki zawodowe zrzeszające pracowników ochrony zdrowia.

### **3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu i jednostek sektora finansów publicznych**

Przepisy projektowanego rozporządzenia nie będą miały wpływu na dochody i wydatki budżetu i jednostek sektora finansów publicznych. Narodowy Fundusz Zdrowia nie poniesie dodatkowych kosztów dokonywania ogłoszeń: NFZ już obecnie jest zobowiązany do dokonywania stosownych ogłoszeń – na podstawie art. 92 ustawy.

### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało istotnego wpływu na rynek pracy.

### **5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

## **6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów**

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

## **7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej**

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z przepisami prawa Unii Europejskiej.