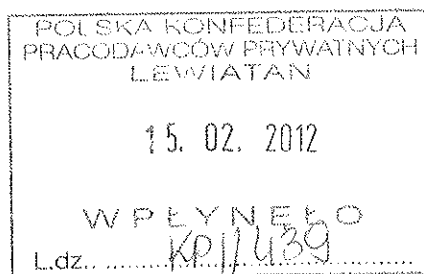




RZECZPOSPOLITA POLSKA
MINISTER
ADMINISTRACJI I CYFRYZACJI
Michał Boni



Warszawa, dnia 15 lutego 2012 r.

MAC - 1124 / 2012

Wg rozdzielnika

J. Jankowski
M. Kuswierz

Szanowni Państwo,

wykonując decyzję Prezesa Rady Ministrów oraz nawiązując do prezentacji o *nowym model potwierdzania prawa do świadczeń zdrowotnych* z dnia 20 stycznia 2012 r. w roboczym zespole w składzie: MAiC, MZ, RCL, NFZ, ZUS, KRUS został opracowany projekt *ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Stosowanie do postanowień §12 ust 1. uchwały NR 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. M.P.2002.13.221, z późn. zm.) uprzejmie informuję, że wspólnie procedowany wraz z Ministerstwem Zdrowia projekt został umieszczony na stronach:

<http://mac.gov.pl/dzialania/zaczynamy-konsultacje-ustawy-o-centralnym-wykazie-ubezpieczonych/>

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q101&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=019306>

Projekt zostanie zamieszczony również w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

Proszę o przesłanie uwag w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego pisma również w formie elektronicznej na adres: marlena.niewiadomska@mac.gov.pl Brak odpowiedzi w wyznaczonym terminie zostanie potraktowany jako akceptacja projektu.

Z poważaniem,

USTAWA

z dnia ...

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 1.

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

- 1) w art. 2 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
 - „3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby posiadające obywatelstwo polskie:
 - a) które nie ukończyły 18. roku życia, lub
 - b) posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu”;
- 2) w art. 49 uchyla się ust. 8;
- 3) w art. 50:
 - a) ust. 2 - 9 otrzymują brzmienie:
 - „2. Przedstawienie przez świadczeniobiorcę dokumentów, o których mowa w ust. 1, nie jest wymagane, jeżeli świadczeniobiorca okaże ważny dokument potwierdzający tożsamość, a świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3 lub 5.
 3. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej może zostać potwierdzone na podstawie dokumentu elektronicznego wygenerowanego przez Fundusz dla świadczeniodawcy lub niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, i przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych.
 4. Dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, zawiera imię i nazwisko, numer PESEL, a także informację, według stanu na dzień wygenerowania dokumentu, o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
 5. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3, świadczeniobiorca po okazaniu ważnego dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby, może przedstawić inny dokument

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

potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Osoba składająca oświadczenie, o którym mowa w ust. 5, jest obowiązana do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy faktu, że w przypadku złożenia fałszywego oświadczenia, będę obowiązany do zwrotu kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej”.

7. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 5, zawiera imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – identyfikator, o którym mowa w art. 188 ust. 4 pkt 9, adres zamieszkania osoby składającej oświadczenie oraz wskazanie tytułu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

8. W przypadku małoletnich oraz innych osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, oświadczenie o prawie takiej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej składa jej przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny. Przepis ust. 7 stosuje się odpowiednio.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory oświadczeń, o których mowa w ust. 5 i 8, uwzględniając tytuły prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz komunikatywność pouczeń co do skutków złożenia fałszywego oświadczenia.”,

b) po ust. 9 dodaje się ust. 10 - 16 w brzmieniu:

„10. W stanach nagłych oraz w przypadku gdy świadczeniobiorca nie może ze względu na stan zdrowia, złożyć oświadczenia, o którym mowa w ust. 5, świadczenie zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 5. W takim przypadku osoba, która uzyskała świadczenie opieki zdrowotnej jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 5, albo, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane na oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.

11. Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi w ust. 10, jednak w okresie nie dłuższym niż 1 rok, przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 5, nie może stanowić podstawy odmowy przez świadczeniodawcę zwolnienia z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów.

12. Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 10 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia, w którym stały się wymagalne.

13. W przypadku dzieci do 3. miesiąca życia potwierdzenie, o którym mowa w ust. 3, następuje na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do dokonania zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.

14. Fundusz nie może odmówić świadczeniodawcy albo osobie uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, rozliczenia świadczenia opieki zdrowotnej, której świadczenie to zostało udzielone, jeżeli w dniu udzielenia świadczenia potwierdził, w sposób określony w ust. 3, prawo tej osoby do świadczeń opieki zdrowotnej albo osoba ta w tym dniu przedstawiła dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożyła oświadczenie, o którym mowa w ust. 5.

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

- 1) posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu,
- 2) złożenia fałszywego oświadczenia, o którym mowa w ust. 5.
- osoba, której udzielono świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązana do zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych jej po utracie prawa do tych świadczeń.

16. Kwoty należności z tytułu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych w przypadkach określonych w ust. 15, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Wysokość należności oraz terminy ich zwrotu ustala się w drodze decyzji administracyjnej wydawanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Decyzja ostateczna stanowi podstawę wystawienia tytułu wykonawczego. Należności mogą być umorzone, jeżeli ich wysokość nie przekracza kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym.”;

4) w art. 53:

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

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

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) stanu nagłego,
- 2) porodu

- przepisy art. 50 ust. 10 - 14 i 16 stosuje się odpowiednio.”;

5) w art. 67:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń od dnia zgłoszenia.”;

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

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

- c) ust. 5 - 7 otrzymują brzmienie:
- „5. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę:
- 1) ponadgimnazjalną - wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów;
 - 2) wyższą - wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów.
6. Osoba, o której mowa w ust. 2, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.
7. Osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.”;
- 6) w art. 68:
- a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- „3. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana zgłosić do Funduszu członków rodziny.”;
- b) ust. 12 otrzymuje brzmienie:
- „12. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, o której mowa w ust. 1, i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny oraz wolontariusza, o którym mowa w ust. 2, przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.”;
- 7) art. 74 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 74. 1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, osób wymienionych w art. 75 i 76 oraz członków ich rodzin stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych lub do ubezpieczenia społecznego rolników oraz wyrejestrowywania z tych ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 75 ust. 1-2a, art. 77 i 86 ust. 6.
2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2 - 15 oraz członków ich rodzin, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych oraz wyrejestrowywania z tych ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 77.”;
- 8) w art. 75 ust. 16 otrzymuje brzmienie:
- „16. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 34, do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszają się same za pośrednictwem Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.”;
- 9) po art. 76 dodaje się art. 76a w brzmieniu:
- „Art. 76a 1. Osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny.

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

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

10) w art. 77:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

b) w ust. 3 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, podmiot obowiązany do zgłoszenia ubezpieczonego przesyła odpowiednio do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane wymienione w ust. 2 oraz następujące dane dotyczące członka rodziny:”;

11) w art. 87:

a) ust. 7 i 8 otrzymują brzmienie:

„7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu dane o ubezpieczonych oraz zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego członkach rodzin ubezpieczonych, określone w art. 188 ust. 4 pkt 1, 7 - 9 i 13, oraz o opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i 3, i w imiennym raporcie miesięcznym, oraz o odsetkach za zwłokę, w terminie 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających ustalenie ich wysokości i rozdzielenie ich na ubezpieczonych.

8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują nieodpłatnie, centrali Funduszu lub oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, na ich wniosek dane związane z:

1) określaniem ustawodawstwa właściwego niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji oraz

2) potwierdzaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) zgodnie z przepisami o koordynacji, dotyczące:

a) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy,

b) nazwy, rodzaju lub kategorii choroby zawodowej oraz stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku tej choroby,

c) wypłacenia zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego i świadczenia z tytułu wypadku przy pracy oraz okresie, za który zostały wypłacone,

d) uznania zdarzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego za wypadek przy pracy.”,

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

„9a. W przypadku gdy Fundusz na podstawie danych otrzymanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego stwierdzi, że osoba podlega w tym samym czasie obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zarówno z tytułu objęcia ubezpieczeniem społecznym oraz ubezpieczeniem społecznym rolników, przekazuje tę informację do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.”,

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

„10c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane dotyczące wszystkich osób pobierających zasiłki, o których mowa w art. 67 ust. 6 i wszystkich osób, które złożyły wniosek o emeryturę lub rentę, o których mowa w art. 67 ust. 7, oraz o pracownikach korzystających z urlopu bezpłatnego.

10d. Zakres danych dotyczących osób pobierających zasiłki, o których mowa w art. 67 ust. 6 i wszystkich osób, które złożyły wniosek o emeryturę lub rentę, o których mowa w art. 67 ust. 7 obejmuje dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3-4, 7, 9, tytuł uprawnienia oraz odpowiednio rozpoczęcia i zakończenia pobierania zasiłku albo datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę.

10e. Zakres danych dotyczących pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego obejmuje dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3-4, 7 i 9 oraz datę rozpoczęcia i zakończenia urlopu bezpłatnego.”,

d) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu i oddziału wojewódzkiego Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób, o których mowa w ust. 10c-10e, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.”;

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

„4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

- 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu;
- 3) przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 4) przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy;
- 5) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
- 6) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.”;

- 13) w art. 102 w ust. 5 po pkt 24 dodaje się pkt 24a w brzmieniu:
„24a) rozpatrywanie odwołań od decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 50 ust. 16 wydanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego.”;
- 14) w art. 107 w ust. 5 po pkt 22 dodaje się pkt 23 w brzmieniu:
23) wydawanie decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 50 ust. 16.”;
- 15) w art. 109 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:
„3a. W przypadku gdy wnioskodawcą jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do wniosku, o którym mowa w ust. 3, wnioskodawca dołącza kopie posiadanych dokumentów i informacje uzasadniające treść żądania.”;
- 16) w art. 188:
- a) w ust. 1:
- pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„ 1) stwierdzenia istnienia ubezpieczenia zdrowotnego oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz;”;
 - po pkt 8 dodaje się pkt 9 w brzmieniu:
„9) identyfikacji płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz wartości opłaconych, nieopłaconych lub nieopłaconych w terminie składek za ubezpieczonego ze wskazaniem okresu, jakiego dotyczą.”;
- b) w ust. 4:
- po pkt 11 dodaje się pkt 11a i 11b w brzmieniu:
„11a) adres zameldowania;
11b) adres do korespondencji i inne dane pozwalające skontaktować się z osobą, której dane Fundusz przetwarza w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;”;
 - pkt 14 otrzymuje brzmienie:
„14) stopień niepełnosprawności;”;
 - po pkt 22 dodaje się pkt 22a - 22c w brzmieniu:
„22a) kod tytułu ubezpieczenia;
22b) data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
22c) data dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;”;
 - po pkt 23 dodaje się pkt 23a w brzmieniu:
„23a) data wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;”;
 - pkt 24 otrzymuje brzmienie:
„24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne oraz dane dotyczące opłaconych i należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne;”;
 - dodaje się pkt 28-33 w brzmieniu:

- „28) dotyczących wypadków przy pracy i chorób zawodowych, będących w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 29) określających ustawodawstwo właściwe zgodnie z przepisami o koordynacji będących w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 30) dane o przychodach z tytułów rodzących obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego;
- 31) okresu uprawnień wynikających z art. 67 ust. 6 i art. 67 ust. 7;
- 32) informacji, czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 33) kod przyczyny wyrejestrowania z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.”;

17) art. 192 otrzymuje brzmienie:

„Art. 192. Fundusz na żądanie ubezpieczonego informuje go o:

- 1) posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz tytule tego prawa, a w przypadku gdy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerach NIP i REGON płatnika ubezpieczenia zdrowotnego - na podstawie informacji przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;
- 2) udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń.”.

18) w art. 193:

a) dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

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

b) pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) będąc ubezpieczonym nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego,”.

Art. 2

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

Art. 3

1. Podmioty właściwe do dokonania wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, wyrejestrują z ubezpieczenia zdrowotnego osoby, wobec których do dnia wejścia w życie niniejszej

ustawy wygaś obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego w trybie i na zasadach dotychczasowych.

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

Art. 4

Rada Ministrów po upływie roku od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy przedłoży Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdanie z wykonania art. 50 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wraz z oceną skutków jego stosowania.

Art. 5

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 września 2012 r., z wyjątkiem art. 1 pkt 11 lit. c, który wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2012 r.

Uzasadnienie

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

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

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

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

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

W celu umożliwienia bezproblemowego potwierdzania prawa do świadczeń dzieci do ukończenia 18 roku życia wprowadzono zmiany do art. 2 ust. 1 pkt 3, polegające na zrezygnowaniu z wymogu miejsca zamieszkania na terytorium Polski. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma dostępu do danych o miejscu zamieszkania i ten warunek nie mógłby być weryfikowany w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych.

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

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

Każdy z wymienionych powyżej sposobów potwierdzenia prawa do świadczeń (elektroniczne potwierdzenie, dotychczasowy dokument czy oświadczenie) powoduje, iż świadczeniobiorca otrzyma świadczenie, a świadczeniodawca gwarancję uzyskania zapłaty za udzielone świadczenie. W przypadku, gdy osoba złoży fałszywe oświadczenie, Narodowy Fundusz Zdrowia obciąży ją kosztami udzielonego jej świadczenia.

W każdym przypadku osoba uprawniona zobowiązana jest do okazania dokumentu potwierdzającego tożsamość.

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

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

Zdjęcie ze świadczeniodawcy odpowiedzialności za potwierdzanie prawa do świadczeń (art. 50 ust. 14) i przeniesienie na Fundusz obowiązku egzekwowania kosztów świadczeń udzielonych osobie nieuprawnionej do świadczeń (art. 50 ust. 15-16)

Zaproponowane rozwiązania gwarantują świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia pacjentowi, którego prawo zostało potwierdzone (elektronicznie, okazanie dokumentu czy przez złożenie oświadczenia), iż Fundusz nie odmówi rozliczenia takiego świadczenia z powodu braku uprawnień pacjenta. Dotychczas, w przypadku, gdy późniejsza weryfikacja przeprowadzona przez Fundusz wykazywała brak prawa do świadczeń, świadczeniodawcy wstrzymywano płatność za udzielone świadczenia do czasu wyjaśnienia lub występowano o zwrot nienależnej zapłaty. Na świadczeniodawcy ciążył obowiązek wyegzekwowania od nieuprawnionej osoby kosztów udzielonego mu świadczenia. Po wejściu w życie projektu, Fundusz przejmie ryzyko ponoszenia kosztów świadczeń udzielonych osobie nieuprawnionej.

W związku z powyższym projekt przewiduje także rozwiązania umożliwiające Funduszowi efektywne i szybkie odzyskiwanie od nieuprawnionych osób kosztów udzielonych im świadczeń w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji, analogicznie do rozwiązań funkcjonujących w systemie ubezpieczeń społecznych, z zastrzeżeniem, iż należności mogą być umarzone, jeżeli ich wysokość nie przekracza kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym (jest to rozwiązanie analogiczne do rozwiązania przyjętego w systemie ubezpieczeń społecznych) (art. 50 ust.

16). Ponadto projekt wprowadza niezbędne zmiany w zakresie zadań Prezesa i dyrektorów oddziałów wojewódzkich, wskazując ich jako organy właściwe do wydawania decyzji (dyrektorzy) i rozpatrywania odwołań (Prezes Funduszu) (art. 102 ust. 5 pkt 24 a i art. 107 ust. 5 pkt 22).

Należy podkreślić, iż zautomatyzowana i znacznie szybsza i pewniejsza od „papierowej” procedura przeprowadzania elektronicznego potwierdzania dokonywana będzie, jak dotychczas, w momencie rejestracji pacjenta u świadczeniodawcy i nie obciąży bezpośrednio lekarza udzielającego świadczenie.

Działania polepszające wiarygodność i jakość danych przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych

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

Wprowadzane zmiany mają na celu:

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

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

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

Jednym z większych zdiagnozowanych problemów w zakresie uprawnień dzieci jest fakt, iż mimo obowiązku dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia, rodzice (lub opiekunowie prawni) nie dokonują zgłoszeń. W konsekwencji, w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych dzieci te nie mają tytułu ubezpieczonego (z danych NFZ wynika, iż dotyczy to 1.300.000 dzieci), a świadczenia im udzielone finansowane są z budżetu państwa. Zgłoszenia są niezbędne, gdyż w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, na podstawie danych z bazy PESEL, nie istnieje możliwość „automatycznego” powiązania numerów PESEL dziecka z numerami PESEL rodziców i ustalenie, bez zgłoszenia, czy rodzic danego dziecka ma tytuł do świadczeń.

Obecnie zgłoszenia dokonuje jeden z rodziców, objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, a w przypadku wygaśnięcia jego tytułu do ubezpieczenia, prawo do świadczeń traci także dziecko, które powinno być z ubezpieczenia wyrejestrowane, i ponownie zgłoszone do ubezpieczenia przez drugiego rodzica, które posiada uprawnienia. W związku z tym wprowadzono możliwość zgłaszania dzieci przez każdego z rodziców, o ile jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. W przypadku gdy uprawnienie straci jedno z rodziców, automatycznie, bez konieczności ponownego zgłaszania, dziecko zachowuje prawo

do świadczeń z tytułu przysługującego drugiemu rodzicowi (Fundusz samodzielnie, mając informacje o rodzicach dziecka, będzie mógł połączyć uprawnienie dziecka z uprawnieniem rodzica). Analogicznie, dziecko utraci prawo do świadczeń z tytułu bycia ubezpieczonym tylko w przypadku, gdy obydwój rodzice utracą prawo do świadczeń.

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

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

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

- a) wprost wyrażono zasadę, iż osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego podlega wyrejestrowaniu z tego ubezpieczenia wraz z członkami rodziny, a wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia
- b) zobowiązano osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do Funduszu członków rodziny do poinformowania podmiotu właściwego do dokonania wyrejestrowania o okolicznościach, które powodują, iż członek rodziny traci ten status (np. w przypadku dzieci powyżej 18 roku życia, przerwanie dalszego kształcenia lub uzyskanie przez dziecko „własnego” tytułu do ubezpieczenia”),

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

Niedopełnienie obowiązku w zakresie zgłoszenia do ubezpieczenia lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 193 pkt 1a i 6, jest zagrożone karą grzywny. Kara grzywny wymierzana jest przez sąd, po przeprowadzeniu postępowania w trybie przepisów kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

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

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

W celu zapewnienia wszystkich danych, niezbędnych do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, rozszerzono dotychczasowy zakres przekazywanych danych o informacje dotyczące:

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

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

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

Ponadto w celu zapewnienia Prezesowi Fundusz danych niezbędnych:

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

Udzielanie informacji o statusie ubezpieczonemu (art. 192)

Projekt wprowadza rozwiązania umożliwiające uzyskanie przez ubezpieczonego informacji o statusie, jaki posiada w danym dniu, według danych przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych. W przypadku gdy podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia nie wywiąże się z tego obowiązku, osoba nie uzyskuje prawa do

świadczeń i w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych nie występuje jako osoba uprawniona. Obecnie bardzo często osoby te nie są świadome, iż nie zostały zgłoszone. Poprawa sytuacji w tym zakresie wymaga co najmniej umożliwienia osobie zainteresowanej sprawdzania swojego statusu, m.in. w celu kontroli płatnika oraz weryfikacji poprawności informacji zgromadzonej w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych. Oprócz informacji o posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń oraz tytule tego prawa, ubezpieczony uzyska informację o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, ostatniej zarejestrowanej składce należnej oraz NIP i REGON płatnika zgłaszającego do ubezpieczenia zdrowotnego.

Pozostałe zmiany

- 1) Zrezygnowano z obecnie funkcjonującej sankcji (dotychczasowy art. 50 ust.5) polegającej na ponoszeniu kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonemu, w sytuacji, gdy płatnik opóźni się w opłaceniu składki, nawet w przypadku opóźnienia za 1 miesiąc (stosowanej jako dodatkowa kara, obok konieczności opłacenia zaległej składki z odsetkami).
- 2) Pozostałe zmiany mają na celu doprecyzowanie obecnie obowiązujących rozwiązań:
 - a) art. 1 pkt 2 uchyla art. 49 ust. 8. Jego dotychczasowa treść została przeniesiona do art. 50 ust. 14,
 - b) art. 1 pkt 5 lit c, wprowadza zmiany do art. 67 ust. 5, różnicując okres, w jakim przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w zależności od rodzaju ukończonej szkoły. Sześciomiesięczny okres po ukończeniu szkoły ponagimnazjalnej ma m.in. zagwarantować, iż w przypadku podjęcia studiów, osoba ucząca się zachowa ciągłość prawa do świadczeń,
 - c) w art. 67 ust. 3, 6 i 7, art. 68 ust. 3 i 12, art. 77 ust. 3 oraz 193 pkt 6 wykreślono w odniesieniu do członków rodziny wyrazy „o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6” co ma na celu wyeliminowanie wątpliwości interpretacyjnych powstałych przy stosowaniu tego przepisów i określaniu kręgu osób zaliczanych do członków rodziny. Przepis art. 5 pkt 3 w sposób jednoznaczny określa kogo uznaje się za członka rodziny. Wykreślane odwołanie było błędnie przywołane i ograniczało krąg tych osób.

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

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

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

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

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

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

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

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

2. Konsultacje społeczne

Projekt będzie przedmiotem konsultacji społecznych.

Projekt zostanie przekazany następującym podmiotom:

Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związkowi Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego - Organizacji Pracodawców w Gnieźnie, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolskiemu Związkowi

Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacji Pracodawców, Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali Klinicznych, Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali, Stowarzyszeniu Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia "Porozumienie Zielonogórskie", Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Izbie Lecznictwa Polskiego, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związkowi Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Gdańskiemu Związkowi Pracodawców, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszeniu Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej "SOPOD" w Toruniu, Mazowieckiemu Związkowi Pracodawców SP ZOZ, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego, Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Unii Szpitali Klinicznych, Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, Forum Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ "Solidarność", Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ "Solidarność 80", Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy Radiologów, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych "Medyk", Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związkowi Zawodowemu Farmaceutów, Związkowi Zawodowemu Anestezjologów, Związkowi Zawodowemu Chirurgów Polskich, Związkowi Zawodowemu Neonatologów, Związkowi Zawodowemu Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Fizjoterapii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych, Stowarzyszeniu Magistrów i Techników Farmacji, Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Stowarzyszeniu Menedżerów Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, Business Center Club, Związkowi Rzemiosła Polskiego, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Związkowi Miast Polskich, Unii Miasteczek Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Unii Uzdrowisk Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentowi Marszałków Województw, Stowarzyszeniu Primum Non Nocere, Krajowej Radzie Transplantacyjnej, Federacji Pacjentów Polskich, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego - PZH, Ogólnopolskiej Izbie Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, Polskiej Izbie Przemysłu Farmaceutycznego i Sprzętu Medycznego "POLFARMED", Izbie Gospodarczej "Farmacja Polska", Izbie Gospodarczej "Apteka Polska", Polskiemu Związkowi Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Stowarzyszeniu Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskiemu Stowarzyszeniu Producentów Leków bez Recepty PASMI, Unii Farmaceutów Właścicieli Aptek, Związkowi Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych, Związkowi Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Krajowej Izbie Gospodarczej, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce,

Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Rehabilitacji Dziecięcej, Związkowi Pracodawców Aptecznych PharmaNET.

Projekt ustawy – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Wyniki konsultacji społecznych zostaną omówione po ich zakończeniu.

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

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

Koszty Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego związane z dostosowaniem systemów informatycznych do przekazywania zwiększonego zakresu danych oszacowano na 10 mln (5 mln ZUS i 5 mln KRUS).

Szacunkowe koszty wdrożenia przez NFZ:

1. Rozbudowa CWU o interfejs elektronicznego potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej wymaga nakładów inwestycyjnych w infrastrukturę i oprogramowanie na poziomie ok. 10 000 tys. zł.
2. Utrzymanie CWU i interfejsu elektronicznego potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej w gotowości 24/7/365 wymaga zwiększenia zatrudnienia o 64 etaty w OW NFZ (po 4 etaty na OW) i o 6 etatów w Centrali NFZ.
3. Windykacja kwot należności z tytułu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych pomimo braku prawa do świadczeń wymaga zwiększenia zatrudnienia o 151 etatów w OW NFZ (4 etaty na 1 mln osób ubezpieczonych w OW) i o 3 etaty w Centrali NFZ.

Szacunkowe roczne koszty zwiększenia zatrudnienia w Centrali i OW NFZ wyniosą 22 604 tys. zł, przy założeniu, że:

- średnie miesięczne wynagrodzenie dla nowego etatu wyznaczono na poziomie 5000 zł, a wskaźnik kosztów ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń przyjęto na poziomie 0,2188,
- koszty utworzenia i utrzymania nowych stanowisk pracy wyznaczono na poziomie średnich kosztów ujętych w planie finansowym NFZ na 2012 r.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

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

Projekt nie będzie miał wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

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

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

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

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.