

U S T A W A

z dnia 2025 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw^{1), 2)}

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

- 1) w art. 11 w ust. 1 uchyla się pkt 4a;
- 2) w art. 12 pkt 10 otrzymuje brzmienie:
„10) art. 16 ust. 1, art. 25 i art. 26 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2022 r. poz. 1689);”;
- 3) w art. 15:
 - a) w ust. 2 uchyla się pkt 19,
 - b) uchyla się ust. 2a;
- 4) uchyla się art. 31da;
- 5) w art. 31t w:
 - a) ust. 4 uchyla się pkt 4,
 - b) ust. 5 uchyla się pkt 3;
- 6) w art. 42b w ust. 10 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG, na podstawie recepty uprawniającej do refundacji, zgodnie z ustawą o refundacji.”;
- 7) w art. 42d:

¹⁾ Niniejsza ustawa służy wykonaniu art. 20 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, Dz. Urz. WE L 284 z 30.10.2009, str. 43, Dz. Urz. UE L 344, z 29.12.2010, str. 1, Dz. Urz. UE L 338 z 22.12.2010, str. 35, Dz. Urz. UE L 149 z 08.06.2012, str. 4, Dz. Urz. UE L 349 z 19.12.2012, str. 45, Dz. Urz. UE L 158 z 10.06.2013, str. 1, Dz. Urz. UE L 188 z 09.07.2013, str. 10, Dz. Urz. UE L 346 z 20.12.2013, str. 27, Dz. Urz. UE L 76 z 22.03.2017, str. 13, Dz. Urz. UE L 186 z 11.07.2019, str. 21 oraz Dz. Urz. UE L 29 z 31.01.2020, str. 7).

²⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, ustawę z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób oraz ustawę z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej.

- a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

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

 - 1) po złożeniu kompletnego wniosku o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 9;
 - 2) przed złożeniem wniosku o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 9, jeżeli następnie złożył taki wniosek w terminie 30 dni od dnia zakończenia tego leczenia.”,
- b) w ust. 4 pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego, jeżeli rachunek ten nie należy do świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów lub nazwę oraz adres posiadacza rachunku bankowego w przypadku, gdy rachunek ten nie należy do osoby fizycznej;”,
- c) w ust. 4a skreśla się wyraz „transgranicznej”,
- d) w ust. 5 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) oryginał lub kopię odpowiednio:

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

– jeżeli zostały wystawione w formie papierowej.”,
- e) ust. 17 otrzymuje brzmienie:

„17. Zwrot kosztów następuje w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez Fundusz wiadomości o tym, że decyzja, o której mowa w ust. 1, została doręczona. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Funduszu albo dzień nadania przekazu pocztowego.”,
- f) uchyla się ust. 25;
- 8) w art. 42f:

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

„3) można dołączyć opinię lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim UE lub EOG, mającego specjalizację w dziedzinie medycyny

właściwej ze względu na zakres świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, zawierającą:

- a) imię i nazwisko oraz rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość lekarza wydającego opinię oraz dane identyfikujące podmiot, u którego wykonuje on zawód medyczny, w tym dane teleadresowe,
- b) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego stanowiącego przyczynę złożenia wniosku,
- c) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,
- d) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,
- e) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,
- f) określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem

– wraz z jej tłumaczeniem na język polski sporządzonym przez tłumacza przysięgłego.”,

- b) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. W przypadku załączenia opinii, o której mowa w ust. 5 pkt 3, nie stosuje się ust. 3.”;

- 9) uchyla się art. 42h;

- 10) w art. 42i po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, można dołączyć opinię lekarza wykonującego zawód w innym państwie członkowskim UE lub EFTA lub Zjednoczonym Królestwie, mającego specjalizację w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek. Przepisy art. 42f ust. 5 pkt 3 stosuje się odpowiednio. W przypadku dołączenia takiej opinii, przepisu ust. 4 nie stosuje się.”;

- 11) po art. 42i dodaje się art. 42ia w brzmieniu:

„Art. 42ia. 1. Prezes Funduszu wydaje, na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, decyzję administracyjną w sprawie refundacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu na terytorium innego państwa

członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa, w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji, zwanej dalej „refundacją”.

2. Do wniosku o refundację stosuje się odpowiednio przepisy art. 42d ust. 1a, ust. 4 pkt 1–7 i 9–12, ust. 5 pkt 1–2, ust. 6, 7 i 10.

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

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

5. Prezes Funduszu ustala kwotę refundacji po otrzymaniu informacji, o której mowa w ust. 4, w walucie polskiej, według dziennego kursu referencyjnego Europejskiego Banku Centralnego, w terminie 30 dni od daty wpływu tej informacji, a jeżeli otrzymana informacja wymaga dodatkowych wyjaśnień – w terminie 30 dni od daty otrzymania tych wyjaśnień.

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

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

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

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

„Rozdział 3b

Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich

Art. 47j. 1. Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich, zwane dalej „OECR”, są komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego podmiotu leczniczego będącego świadczeniodawcą, który posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wyspecjalizowanymi w diagnostyce i leczeniu świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, w rozumieniu dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, s. 45, z późn. zm.²⁾), zwanej dalej w niniejszym rozdziale „komórką organizacyjną”.

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

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

3. Komórce organizacyjnej, która należy do Europejskich Sieci Referencyjnych, minister właściwy do spraw zdrowia nadaje status OECR, po złożeniu dokumentu potwierdzającego członkostwo w Europejskich Sieciach Referencyjnych.

4. Komórce organizacyjnej, która nie należy do Europejskich Sieci Referencyjnych, minister właściwy do spraw zdrowia nadaje status OECR po złożeniu kwestionariusza ośrodka dla chorób rzadkich potwierdzającego spełnianie warunków nadania statusu OECR. Minister właściwy do spraw zdrowia weryfikuje spełnianie warunków nadania statusu OECR na podstawie informacji zawartych w tym kwestionariuszu.

5. Warunkami nadania statusu OECR są:

- 1) liczba i kwalifikacje personelu medycznego;
- 2) potencjał diagnostyczno-terapeutyczny;
- 3) liczba oraz rodzaj wykonywanych procedur medycznych;
- 4) liczba świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej;
- 5) liczba oraz rodzaj badań klinicznych lub naukowych.

²⁾ Zmiany wymienionej dyrektywy zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 353 z 28.12.2013, s. 8, Dz. Urz. UE L 458 z 22.12.2021, s. 1, Dz. Urz. UE L 2024/2839 z 07.11.2024 oraz Dz. Urz. UE L 2025/327 z 05.03.2025.

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

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

Art. 47l. Kwestionariusz ośrodka dla chorób rzadkich potwierdzającego spełnianie warunków nadania statusu OECR zawiera:

- 1) nazwę i adres komórki organizacyjnej, której ma być nadany status OECR;
- 2) imię i nazwisko kierownika komórki organizacyjnej, o której mowa w pkt 1;
- 3) informacje o liczbie świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w komórce organizacyjnej, o której mowa w pkt 1;
- 4) wskazanie innych komórek organizacyjnych świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 47j ust. 1, z którymi komórka organizacyjna, o której mowa w pkt 1, współpracuje przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, z podaniem części VIII kodu resortowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 5) informacje o liczbie i rodzaju wykonywanych procedur medycznych u świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej w komórce organizacyjnej, o której mowa w pkt 1;
- 6) informacje o liczbie oraz rodzaju badań klinicznych lub naukowych prowadzonych w komórce organizacyjnej, o której mowa w pkt 1.

Art. 47m. Certyfikat statusu OECR zawiera:

- 1) nazwę i adres komórki organizacyjnej, której nadano status OECR;
- 2) nazwę i adres oraz numer księgi rejestrowej świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 47j ust. 1, w którego strukturze organizacyjnej znajduje się komórka organizacyjna, o której mowa w pkt 1;
- 3) adres innych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, z którymi komórka organizacyjna, o której mowa w pkt 1, współpracuje przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, z podaniem części VIII kodu

resortowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

- 4) okres ważności;
- 5) numer oraz datę wydania;
- 6) podpis ministra właściwego do spraw zdrowia.

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

- 1) szczegółowe warunki nadania statusu OECR,
- 2) wzór kwestionariusza ośrodka dla chorób rzadkich potwierdzającego spełnianie warunków nadania statusu OECR,
- 3) wzór certyfikatu statusu OECR,
- 4) wzór graficzny OECR

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

Art. 47o. 1. OECR wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, o których mowa w art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. OECR:

- 1) zapewnia możliwość konsultacji z innymi OECR oraz innymi świadczeniodawcami za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- 2) współpracuje z innymi OECR oraz szpitalami spoza kraju, w tym należącymi do Europejskich Sieci Referencyjnych;
- 3) współpracuje z organizacjami pacjentów, o których mowa w ustawie z dnia 7 kwietnia 1989 r. – Prawo o stowarzyszeniach (Dz. U. z 2020 r. poz. 2261), oraz fundacjami, o których mowa w ustawie z dnia 6 kwietnia 1984 r. o fundacjach (Dz. U. z 2023 r. poz. 166).

Art. 47p. Na rok przed upływem okresu, o którym mowa w art. 47j ust. 2, komórka organizacyjna, która posiada status OECR, może ubiegać się o nadanie statusu OECR na kolejny okres 5 lat, z zachowaniem ciągłości posiadania statusu OECR.”;

- 14) w art. 50a w ust. 3 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz pkt 10 w zakresie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób

z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób”;

15) w art. 54:

a) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„11. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może upoważnić kierownika lub innego pracownika ośrodka pomocy społecznej, a w przypadku przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. poz. 1818 oraz z 2025 r. poz. 620) – dyrektora centrum usług społecznych lub innego pracownika centrum usług społecznych, do załatwiania spraw i wydawania decyzji w jego imieniu dotyczących potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.”,

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

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

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

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

17) w art. 66 w ust. 1:

a) pkt 20a otrzymuje brzmienie:

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

b) pkt 25 otrzymuje brzmienie:

„25) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niespełniające wymogów określonych w art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 421 i 620), niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;”;

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

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

19) w art. 73 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20, 20a i 22, powstaje z dniem złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, nie wcześniej jednak niż z dniem rozpoczęcia odpowiednio pierwszego semestru kształcenia, obowiązkowego stażu lub szkolenia praktycznego w ramach stażu na podstawie art. 15p ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub kursu, a wygasa z dniem ukończenia odpowiednio studiów lub kształcenia w szkole doktorskiej lub stażu lub szkolenia praktycznego w ramach stażu na podstawie art. 15p ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub kursu albo skreślenia z listy studentów lub listy doktorantów, lub listy uczestników stażu, lub ze szkolenia praktycznego, lub listy kursu;”;

20) w art. 75:

a) ust. 1b otrzymuje brzmienie:

„1b. Bank, w przypadku uzyskania od Funduszu informacji, że osoba, której wypłaca emeryturę lub rentę z innego państwa członkowskiego UE lub EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty, zgłasza tę osobę do ubezpieczenia zdrowotnego w terminie do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymał taką informację.”;

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

„1c. Osoba, która w dniu nabycia prawa do emerytury lub renty ma miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa i nie podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu działalności zarobkowej ani z tytułu pobierania emerytury lub renty na podstawie przepisów tego państwa, jest obowiązana, w terminie 14 dni od dnia nabycia prawa do emerytury lub renty, poinformować o tym fakcie Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub inny właściwy organ emerytalny.

1d. Osoba, która po nabyciu prawa do emerytury lub renty została wyrejestrowana z ubezpieczenia zdrowotnego ze względu na podjęcie działalności zarobkowej na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa albo nie została z tego powodu zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego, jest obowiązana poinformować Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub inny właściwy organ emerytalny o zakończeniu takiej działalności, w terminie 14 dni od dnia jej zakończenia.”;

21) w art. 81:

a) ust. 2m otrzymuje brzmienie:

„2m. Zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 2i, o ile przekracza ona dziesięciokrotność kwoty kosztów upomnienia w postępowaniu egzekucyjnym w administracji, dokonuje z urzędu Zakład Ubezpieczeń Społecznych po złożeniu rozliczenia rocznego przez płatnika składek.”,

b) po ust. 2m dodaje się ust. 2ma w brzmieniu:

„2ma. W przypadku, gdy płatnik składek nie podał numeru rachunku płatniczego zwrot, o którym mowa w ust. 2m, następuje na podstawie wniosku przygotowanego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych na profilu informacyjnym utworzonym w systemie teleinformatycznym udostępnionym przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych po złożeniu rozliczenia rocznego przez płatnika składek. Wniosek składany jest wyłącznie w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo wykorzystując sposób potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych udostępniony bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w systemie teleinformatycznym.”,

- c) użyte w ust. 2n, 2o i 2p we wprowadzeniu do wyliczenia wyrazy „ust. 2m” zastępuje się wyrazami „ust. 2ma.”,
- d) ust. 2q i 2qa otrzymują brzmienie:

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

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

- e) ust. 2s otrzymuje brzmienie:

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

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

„Ilekoć w ust. 2, 2b–2c, 2d–2f, 2g, 2h–2m i 2q–2zc jest mowa o przychodach lub kosztach ich uzyskania, w rozumieniu ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych lub ustawy z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, nie uwzględnia się w tych przychodach i kosztach ich uzyskania:”,

- g) ust. 2zf otrzymuje brzmienie:
- „2zf. Ilekroć w ust. 2, 2b–2c, 2d–2f, 2g, 2h–2m i 2q–2zc jest mowa o składkach na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe, nie uwzględnia się w ich kwotach składek opłaconych w miesiącu, w którym ubezpieczony spełniał warunki do zwolnienia z obowiązku opłacania składki na podstawie art. 82 ust. 8–9a.”;
- 22) w art. 97 w ust. 3:
- a) pkt 2a otrzymuje brzmienie:
- „2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4, w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz w pkt 10 w zakresie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób;”;
- b) uchyla się pkt 15;
- 23) w art. 102 w ust. 5 uchyla się pkt 24b;
- 24) w art. 108 ust. 1a otrzymuje brzmienie:
- „1a. Oddział wojewódzki Funduszu finansuje świadczeniodawcy, mającemu siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie danego województwa osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4, w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz pkt 10 w zakresie art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.”;
- 25) w art. 112 w:
- a) ust. 1 pkt 2–4 otrzymują brzmienie:
- „2) właścicielami lub pracownikami aptek związanych z Funduszem umową na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, właścicielami lub pracownikami świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;
- 3) członkami organów podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;

- 4) członkami organów jednostek samorządu terytorialnego;”,
- b) ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
 - „2) wykonywać działalności gospodarczej, której przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo wykonywanie działalności powiązanej z zakresem zadań realizowanych przez Fundusz.”;
- 26) w art. 118 w ust. 2 w pkt 1 uchyla się lit. d;
- 27) w art. 123 ust. 3 otrzymuje brzmienie:
 - „3. W przypadku nieusunięcia przez Prezesa Funduszu nieprawidłowości, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych dokonuje zmian w planie finansowym Funduszu oraz ustala go w drodze zarządzenia.”;
- 28) w art. 159 ust. 2a otrzymuje brzmienie:
 - „2a. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, oraz umowy ze świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej, zawiera się na czas nieoznaczony.”;
- 29) w art. 188c w ust. 5 wyraz „który” zastępuje się wyrazem „którym”.

Art. 2. W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 350, z późn. zm.³⁾) w art. 50 w ust. 3 po pkt 8 dodaje się pkt 8a i 8b w brzmieniu:

- „8a) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia,
- 8b) Narodowemu Funduszowi Zdrowia”.

Art. 3. W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1631, 1243 i 1674 oraz z 2025 r. 718, 769 i 1159) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 139 w ust. 1 w pkt 10 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 11 w brzmieniu:
 - „11) nieopłacone należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, w przypadku gdy zaległość w opłacaniu tych składek powstała w wyniku niedopełnienia przez osobę pobierającą emeryturę lub rentę obowiązku określonego w art. 75 ust. 1c lub

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego niniejszej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 620, 622, 769, 820, 1083, 1160, 1216, 1409, 1413 i 1423.

1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

2) w art. 141 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) 825 zł – przy potrącaniu należności, o których mowa w art. 139 ust. 1 pkt 5 i 11, wraz z kosztami i opłatami egzekucyjnymi;”.

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

1) ust. 1–4 otrzymują brzmienie:

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

2. Świadczenia zdrowotne, których nie można udzielić w Ośrodku, są udzielane osobie stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku w pierwszej kolejności przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w zdaniu pierwszym, finansowane są z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Sprawiedliwości.

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

- 1) natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia osoby stwarzającej zagrożenie umieszczonej w Ośrodku;
- 2) przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia, pielęgnacji lub rehabilitacji, których nie można przeprowadzić w Ośrodku lub w podmiotach leczniczych, o których mowa w ust. 2.

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

2) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

4a. W sytuacjach, o których mowa w ust. 2 lub 3, o konieczności udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie umieszczonej w Ośrodku decyduje kierownik Ośrodka. Przepisów o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, nie stosuje się.”.

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

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

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

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

2) w ust. 3 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

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

Art. 6. Komórka organizacyjna zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, której przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy nadano status Ośrodka Eksperckiego Chorób Rzadkich, zachowuje ten status przez okres 5 lat licząc od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, jeżeli w tym okresie należy do Europejskich Sieci Referencyjnych dla Chorób Rzadkich.

Art. 7. Do postępowań w sprawie refundacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych podczas pobytu na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, wszczętych i nie zakończonych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się dotychczasowe przepisy.

Art. 8. Akt wykonawczy wydany na podstawie art. 42d ust. 25 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, zachowuje moc do dnia wejścia w życie aktu wykonawczego wydanego na podstawie art. 42ia ust. 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez okres 6 miesięcy.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 21, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Joanna Stankiewicz

Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/