SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja

Druk nr 3201

S P R A W O Z D A N I E
KOMISJI ZDROWIA

o rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 3141)

Marszałek Sejmu, zgodnie z art. 37 ust. 1 i art. 40 ust. 1 regulaminu Sejmu skierował w dniu 28 września 2026 r. powyższy projekt ustawy do Komisji Zdrowia do pierwszego czytania.

Komisja Zdrowia po przeprowadzeniu pierwszego czytania oraz rozpatrzeniu tego projektu ustawy na posiedzeniu w dniu 8 października 2026 r.

wnosi:

Wysoki Sejm uchwalić raczy załączony projekt ustawy.

Warszawa, dnia 8 października 2026 r.

Sprawozdawca

(-) Iwona Kozłowska

Przewodnicząca Komisji Zdrowia

(-) Marta Golbik

Projekt

U S T A W A

z dnia … 2026 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[1)]

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, z późn. zm.[2)]) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3:
   a) w ust. 1 po pkt 3a dodaje się przecinek i pkt 3b w brzmieniu:
      „3b) absolwenci kierunku lekarskiego albo lekarsko-dentystycznego, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej szkolenie praktyczne, o którym mowa w art. 15p ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty”,
   b) w ust. 2 w pkt 1 wyrazy „w ust. 1 pkt 3 i 3a” zastępuje się wyrazami „w ust. 1 pkt 3–3b”;
2) w art. 11 w ust. 1 uchyla się pkt 4a;
3) 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);”;
4) w art. 15:
   a) w ust. 2 uchyla się pkt 19,
   b) uchyla się ust. 2a;
5) uchyla się art. 31da;
6) w art. 31ha ust. 3 otrzymuje brzmienie:

---

1) Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, 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, ustawę z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej oraz ustawę z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972, 986 i 1007.

„3. Prezes Agencji, w terminie wskazanym w zleceniu, o którym mowa w art. 31n pkt 2c, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia rekomendację wraz z raportem w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.”;

7) w art. 31t w:
   a) ust. 4 uchyla się pkt 4,
   b) ust. 5 uchyla się pkt 3;

8) 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.”;

9) w art. 42d:
   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, wynikającą z potwierdzonego stanu klinicznego, poddał się temu leczeniu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG:
      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 9 i 10 otrzymują brzmienie:
      „9) numer rachunku płatniczego, w przypadku gdy zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przelewu bankowego, a w przypadku rachunku prowadzonego za granicą – również inne niezbędne dane tego rachunku;
      10) imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku płatniczego w przypadku, gdy rachunek ten nie należy do świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, lub nazwę oraz adres posiadacza rachunku płatniczego w przypadku, gdy rachunek ten nie należy do osoby fizycznej;”,
   c) w ust. 4a skreśla się wyraz „transgranicznej”,
   d) po ust. 4a dodaje się ust. 4b w brzmieniu:

„4b. W przypadku skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 1, w postaci elektronicznej, we wniosku o zwrot kosztów podaje się identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4.”,

e) 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 postaci papierowej.”,

f) ust. 17 i 18 otrzymują 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 zwrotu kosztów uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Funduszu albo dzień nadania przekazu pocztowego.

18. Zwrotu kosztów dokonuje się w drodze przelewu na rachunek płatniczy podany we wniosku o zwrot kosztów albo w drodze przekazu pocztowego.”,

g) uchyla się ust. 25;

10) w art. 42f:

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

„3) można dołączyć opinię lekarza wykonującego zawód lekarza 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, specjalizację, numer prawa wykonywania zawodu lekarza wydającego opinię oraz numer telefonu i adres placówki, w której wykonuje ten zawód,

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

– a także jej tłumaczenie na język polski sporządzone 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 przepisu ust. 3.”;

11) uchyla się art. 42h;

12) 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 w Zjednoczonym Królestwie, mającego specjalizację w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek. Przepis art. 42f ust. 5 pkt 3 stosuje się odpowiednio. W przypadku dołączenia do wniosku takiej opinii przepisu ust. 4 nie stosuje się.”;

13) 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 9–13, ust. 5 pkt 1–2 oraz ust. 6, 7 i 10.

3. W przypadku gdy wniosek o refundację dotyczy leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, do wniosku dołącza się również kopię recepty, zlecenia lub dokumentacji medycznej, z których wynika, że dany lek, dany środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub dany wyrób medyczny zostały zaordynowane świadczeniobiorcy przez osobę uprawnioną w państwie pobytu w związku ze świadczeniem opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek.

4. Wniosek o refundację zawiera oświadczenie świadczeniobiorcy albo 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.

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

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

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

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

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

15) 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, wyspecjalizowanymi w diagnostyce lub leczeniu świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, o której mowa w dyrektywie Parlamentu Europejskiego

i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45, z późn. zm.).

2. OECR dzieli się na:

1) OECR genetyczne – zapewniające diagnostykę genetyczną chorób rzadkich;
2) OECR kliniczne – zapewniające diagnostykę, leczenie i opiekę świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej.

3. OECR wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, o których mowa w art. 8 pkt 1 lit. a tej ustawy.

4. 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) spełnia warunki nadania statusu OECR.

5. Komórce organizacyjnej, która należy do Europejskich Sieci Referencyjnych, minister właściwy do spraw zdrowia nadaje status OECR po złożeniu przez podmiot leczniczy, w którego strukturach znajduje się ta komórka, dokumentu potwierdzającego członkostwo w Europejskich Sieciach Referencyjnych.

6. Komórce organizacyjnej, która nie należy do Europejskich Sieci Referencyjnych, minister właściwy do spraw zdrowia nadaje status OECR po stwierdzeniu spełniania warunków nadania statusu OECR.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia weryfikuje spełnianie warunków nadania statusu OECR na podstawie informacji zawartych w kwestionariuszu ośrodka chorób rzadkich ubiegającego się o status OECR.

8. Warunki nadania statusu OECR uwzględniają różnorodność chorób rzadkich oraz podział na OECR genetyczne i OECR kliniczne i obejmują:

1) udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2) liczbę i kwalifikacje personelu medycznego zaangażowanego w udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej;

3) zapewnienie współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej;
4) liczbę oraz rodzaj wykonywanych procedur medycznych realizowanych u świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej;
5) liczbę świadczeniobiorców z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w związku z diagnostyką lub leczeniem chorób rzadkich;
6) liczbę oraz rodzaj badań klinicznych lub naukowych prowadzonych w zakresie chorób rzadkich.

9. 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 status OECR i odmawia jego nadania w drodze decyzji administracyjnej.

Art. 47l. W przypadku stwierdzenia zaprzestania spełniania warunków nadania statusu OECR albo niespełniania wymagania, o którym mowa w art. 47j ust. 4 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia cofa nadany status w drodze decyzji administracyjnej.

Art. 47m. Kwestionariusz ośrodka chorób rzadkich, o którym mowa w art. 47j ust. 7, uwzględnia podział OECR na OECR genetyczne oraz OECR kliniczne i zawiera:

1) nazwę i adres komórki organizacyjnej, ubiegającej się o nadanie statusu 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 związku z diagnostyką lub leczeniem chorób rzadkich w komórce organizacyjnej, o której mowa w pkt 1;
4) informacje o liczbie i kwalifikacjach personelu medycznego zaangażowanego w udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby rzadkiej, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w komórce organizacyjnej, o której mowa w pkt 1, lub wyposażeniu w specjalistyczny sprzęt medyczny i aparaturę medyczną do diagnostyki chorób rzadkich;

5) wskazanie innych komórek organizacyjnych, 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;
6) 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;
7) informacje o liczbie oraz rodzaju badań klinicznych lub naukowych prowadzonych w zakresie chorób rzadkich w komórce organizacyjnej, o której mowa w pkt 1;
8) oświadczenie kierownika podmiotu leczniczego o kompletności danych oraz ich zgodności ze stanem faktycznym.

Art. 47n. 1. Certyfikat statusu OECR zawiera:

1) nazwę i adres komórki organizacyjnej, której nadano status OECR;
2) wyróżnienie OECR: OECR genetyczny albo OECR kliniczny;
3) nazwę i adres oraz numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 47j ust. 1, w którego strukturze organizacyjnej znajduje się komórka organizacyjna, o której mowa w pkt 1;
4) nazwy i adresy innych komórek organizacyjnych, 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, w ramach struktury organizacyjnej tego samego podmiotu leczniczego;
5) okres ważności, na jaki został wydany;
6) numer oraz datę wydania;
7) podpis ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Certyfikat statusu OECR stanowi załącznik do decyzji administracyjnej ministra właściwego do spraw zdrowia nadającej status OECR, o której mowa w art. 47k.

Art. 47o. W celu identyfikacji komórek organizacyjnych, którym nadano status OECR, stosuje się oznaczenie graficzne OECR.

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

1) szczegółowe warunki nadania statusu OECR komórce organizacyjnej, która nie należy do Europejskich Sieci Referencyjnych,
2) wzór kwestionariusza, o którym mowa w art. 47j ust. 7,
3) wzór certyfikatu statusu OECR,
4) wzór oznaczenia graficznego OECR oraz sposób jego stosowania

– mając na uwadze podział OECR na OECR genetyczne oraz OECR kliniczne, różnorodność chorób rzadkich, sposoby ich leczenia i potrzeby świadczeniobiorców z nimi związane oraz konieczność zapewnienia sprawności postępowania w sprawie nadania statusu OECR i właściwej identyfikacji komórek organizacyjnych, którym nadano status OECR.

Art. 47q. OECR:

1) zapewnia możliwość konsultacji z innymi OECR oraz z innymi świadczeniodawcami za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
2) współpracuje z innymi OECR lub ze szpitalami za granicą, w tym należącymi do Europejskich Sieci Referencyjnych;
3) współpracuje ze stowarzyszeniami oraz z fundacjami, których celem statutowym jest działalność na rzecz świadczeniobiorców z chorobami rzadkimi;
4) stosuje oznaczenie graficzne według wzoru, o którym mowa w art. 47p pkt 4.

Art. 47r. Na rok przed upływem okresu, o którym mowa w art. 47j ust. 4, komórka organizacyjna, która posiada status OECR, może ubiegać się o nadanie statusu OECR na kolejny okres 5 lat, z zachowaniem ciągłości posiadania statusu OECR.”;

16) 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”;

17) 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. z 2026 r. poz. 165 i 912) – 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, właściwość miejscową gminy ustala się według ostatniego miejsca zameldowania tych osób na pobyt stały, a w przypadku gdy nie można ustalić miejsca zameldowania – właściwa jest gmina miejsca pobytu.”;

18) 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.”;

19) 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, o którym mowa w art. 15p ust. 1 pkt 2 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, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz. U. z 2026 r. poz. 115), niespełniające wymogów określonych w art. 2 ust. 3 tej ustawy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;”;

20) w art. 67 po ust. 3a dodaje się ust. 3b w brzmieniu:

„3b. W przypadku powzięcia wiadomości, że dana osoba uzyskała prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jako członek rodziny, zgodnie z przepisami innego niż Rzeczpospolita Polska państwa UE lub EFTA, lub Zjednoczonego Królestwa w okresie, w którym zgodnie z przepisami o koordynacji powinna być objęta ubezpieczeniem zdrowotnym w Rzeczypospolitej Polskiej, Fundusz zgłasza taką osobę do ubezpieczenia zdrowotnego jako członka rodziny, jeżeli nie została zgłoszona do tego ubezpieczenia przez osobę obowiązaną do takiego zgłoszenia. Zgłoszenie, o którym mowa w zdaniu

poprzedzającym, obejmuje cały okres, w którym dana osoba powinna podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej jako członek rodziny.”;

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

„2. W przypadku zawieszenia prawa do renty socjalnej w razie osiągania 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 osiągania przychodów za granicą z tego tytułu, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 90 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.”;

22) 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, niewcześniej jednak niż z dniem rozpoczęcia odpowiednio pierwszego semestru kształcenia, obowiązkowego stażu, szkolenia praktycznego, o którym mowa w art. 15p ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lub kursu, a wygasa z dniem ukończenia odpowiednio studiów, kształcenia w szkole doktorskiej, stażu, szkolenia praktycznego w ramach stażu na podstawie art. 15p ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, lub kursu albo skreślenia z listy studentów, listy doktorantów, lub listy uczestników stażu, szkolenia praktycznego lub kursu;”;

23) 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 ze 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. 1ba w brzmieniu:

„1ba. Osoba, która po przyznaniu prawa do krajowej 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, informuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub inny właściwy organ emerytalny o zakończeniu takiej działalności w terminie 14 dni od dnia jej zakończenia.”;

24) w art. 77 w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku jego braku – oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na:

a) ostatnie miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o ile jest ono znane płatnikowi, albo

b) siedzibę płatnika składek lub jednostki organizacyjnej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo jednostki organizacyjnej innego organu emerytalnego wypłacającego emeryturę lub rentę – w przypadku osoby, która nie miała miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;”;

25) 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 pod warunkiem złożenia rozliczenia rocznego przez płatnika składek w terminie przewidzianym na złożenie dokumentu, o którym mowa w ust. 2ka.”,

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

„2ma. Przepis ust. 2qa stosuje się w przypadku, gdy płatnik składek złożył rozliczenie roczne po terminie przewidzianym na złożenie dokumentu, o którym mowa w ust. 2ka, albo w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych nie został zewidencjonowany numer rachunku płatniczego płatnika składek, albo rachunek płatniczy płatnika składek, na który Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazał zwrot kwoty, o której mowa w ust. 2i, jest nieaktywny.”,

c) uchyla się ust. 2n–2p,

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 z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, 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 zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, 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 zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, 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 przewidziany 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. W przypadku wystąpienia zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, składek lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do zwrotu których został zobowiązany płatnik składek, kwota zwrotu podlega zaliczeniu na poczet tych zaległości.”,

e) po ust. 2qa dodaje się ust. 2qb w brzmieniu:

„2qb. Kwota, o której mowa w ust. 2i, w pierwszej kolejności podlega zaliczeniu na poczet zaległości z tytułu zwrotu wypłaconej kwoty, o której mowa w ust. 2i, za poprzednie lata składkowe lub kalendarzowe, a w drugiej kolejności składek pobieranych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub nienależnie pobranych świadczeń z ubezpieczeń społecznych – w przypadkach, o których mowa w ust. 2q i 2qa.”,

f) ust. 2s otrzymuje brzmienie:

„2s. Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokonuje zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 2i, niepóźniej niż w terminie 3 miesięcy od dnia upływu terminu przewidzianego na złożenie 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.”,

g) w ust. 2x dodaje się zdanie trzecie w brzmieniu:

„Na poczet zwrotu należności są zaliczane nienależnie opłacone składki na zasadach określonych w art. 24 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.”,

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

„Ilekroć 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:”,

i) 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.”;

26) 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;

27) w art. 102:

a) w ust. 5 uchyla się pkt 24b,

b) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. Pełnomocnictwa, o których mowa w ust. 7, są udzielane w formie:

1) papierowej, opatrzonej podpisem własnoręcznym, lub

2) elektronicznej, opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym

– pod rygorem nieważności.”;

28) 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.”;

29) w art. 118 w ust. 2 w pkt 1:
   a) uchyla się lit. d,
   b) w lit. e uchyla się tiret trzecie;

30) 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 ten plan w drodze zarządzenia.”;

31) w art. 132 w ust. 2 skreśla się wyrazy „ , z wyjątkiem umowy, o której mowa w art. 15 ust. 2a”;

32) art. 138 otrzymuje brzmienie:

„Art. 138. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych.”;

33) w art. 149 w ust. 1 pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) jeżeli świadczeniodawca nie posiada pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, i nie złożył oświadczenia, o którym mowa w art. 139a ust. 2.”;

34) 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.”;

35) w art. 159a ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Prezes Funduszu dokonuje zmiany w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1, polegającej na wykreśleniu danego profilu systemu zabezpieczenia.”;

36) 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 2026 r. poz. 199, 252, 426, 473, 507 i 734) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 24 ust. 6a otrzymuje brzmienie:

„6a. Nienależnie opłacone składki podlegają zaliczeniu przez Zakład z urzędu na poczet zaległych lub bieżących składek, a w razie ich braku na poczet należności, o których mowa w art. 81 ust. 2x ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.[3)]), a w razie ich braku – na poczet przyszłych składek, chyba że płatnik składek złoży wniosek o zwrot składek, z zastrzeżeniem ust. 6c, 8 i 8d.”;

2) w art. 50:

a) w ust. 3 po pkt 8 dodaje się pkt 8a w brzmieniu:

„8a) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia,”,

b) po ust. 18 dodaje się ust. 18a w brzmieniu:

„18a. Zakład udostępnia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w postaci elektronicznej, wykaz zawierający dane wskazanych przez tego ministra osób zgłoszonych do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego, a także członków ich rodzin, którzy zostali zgłoszeni do ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego, obejmujące:

1) imię i nazwisko,
2) numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość oraz datę urodzenia,
3) datę powstania obowiązku ubezpieczeń społecznych lub ubezpieczenia zdrowotnego,
4) datę wyrejestrowania z ubezpieczeń społecznych lub z ubezpieczenia zdrowotnego,
5) kod i nazwę tytułu ubezpieczenia,
6) okres rozliczeniowy,
7) dane dotyczące płatników składek:
   a) numer NIP, a jeżeli płatnikowi składek nie nadano tego numeru – numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu,
   b) nazwę skróconą lub imię i nazwisko płatnika składek

[3)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972, 986, 1007 i ….

– w celu prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1749 oraz z 2026 r. poz. 26 i 425) w art. 139 w ust. 1 po pkt 2c dodaje się pkt 2ca w brzmieniu:

„2ca) 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. 1ba ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;”.

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, z późn. zm.[3)]). 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.

3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 2, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Sprawiedliwości.

4. 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.”;

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

„4a. W sytuacjach, o których mowa w ust. 2 lub 4, 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 art. 57 ust. 1 oraz art. 59 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz na podstawie skierowania lekarza w przypadku leczenia szpitalnego w szpitalu, o którym mowa w art. 58 tej ustawy, nie stosuje się.

4b. 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.”.

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 w 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. W ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692 oraz z 2026 r. poz. 1007) w art. 7 w pkt 2 i art. 11 w ust. 7 w pkt 2 skreśla się wyrazy „i art. 31da ust. 1”.

Art. 7. Komórka organizacyjna zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, której przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy nadano status Ośrodka Eksperckiego Chorób Rzadkich, zachowuje ten status na okres przynależności do Europejskich Sieci Referencyjnych dla Chorób Rzadkich, niedłużej jednak niż przez 5 lat, licząc od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, jeżeli w tym okresie należy do Europejskich Sieci Referencyjnych dla Chorób Rzadkich.

Art. 8. 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, lub Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, wszczętych i niezakończonych w dniu wejścia w życie art. 1 pkt 9 lit. e oraz g i pkt 13 niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 9. Do zlecenia ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w art. 31n pkt 2c ustawy zmienianej w art. 1, złożonego przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 10. W dniu wejścia w życie ustawy umowy ze świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej, o których mowa w art. 159 ustawy zmienianej w art. 1, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stają się umowami zawartymi na czas nieoznaczony.

Art. 11. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

1) art. 1 pkt 9 lit. e oraz g i pkt 13 oraz art. 2, które wchodzą w życie po upływie 12 miesięcy od dnia ogłoszenia;
2) art. 1 pkt 25 oraz art. 3, które wchodzą w życie po upływie 9 miesięcy od dnia ogłoszenia.