

USTAWA  
z dnia ..... 2004 r.  
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>1)</sup>

DZIAŁ I  
Przepisy ogólne  
Rozdział 1

Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz objaśnienia określeń ustawowych

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) zasady i tryb finansowania świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 4) zasady obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5.07.1971, str. 2 i n.) i rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n.) oraz rozporządzenia Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającego przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo (Dz. Urz. WE L 124 z 20.05.2003, str. 1 i n.);
- 6) zasady funkcjonowania i organizację Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”;
- 7) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych;
- 8) zasady ustalania planów zdrowotnych;
- 9) zasady i tryb ustalania zakresu finansowania i cen świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 10) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad realizacją świadczeń, o których mowa w pkt 1.

Art. 2. 1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- 1) osoby objęte obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”;
  - 2) inne niż określone w pkt 1 osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w przypadkach o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej
- zwane dalej „świadczeniobiorcami”.

2. Na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych świadczenia zdrowotne udzielane są osobom niebędącym obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej innym niż osoby wymienione w ust. 1.

Art. 3. 1. Ubezpieczonymi są:

- 1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe, ustawę z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, ustawę z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawę z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawę z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora, ustawę z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawę z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, ustawę z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, ustawę z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, ustawę z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawę z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, ustawę z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych oraz ustawę z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Obszarze Gospodarczym, zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;

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

3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczypospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym

- jeżeli podlegają zgodnie z art. 76 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 78;

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

a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych ( Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.<sup>2)</sup>),

b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.<sup>3)</sup>).

2. Ubezpieczonymi są także:

1) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3;

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

3) odbywający staż adaptacyjny;

4) odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach o szkolnictwie wyższym, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3

- jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie;

5) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 76 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 76 ust. 2 i 3, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459, Nr 72, poz. 748, Nr 100, poz. 1080, Nr 110, poz. 1189, Nr 111, poz. 1194, Nr 130, poz. 1452 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365, Nr 74, poz. 676, Nr 155, poz. 1287, Nr 169, poz. 1387, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679 i Nr 241, poz. 2074, z 2003 r. Nr 56, poz. 498, Nr 65, poz. 595, Nr 135, poz. 1268, Nr 149, poz. 1450, Nr 166, poz. 1609, Nr 170, poz. 1651, Nr 190, poz. 1864, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177.

<sup>3)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 60, poz. 636, z 2000 r. Nr 45, poz. 531, z 2001 r. Nr 73, poz. 764, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 228, poz. 2255 i Nr 229, poz. 2273.

6) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2, zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 76 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 76 ust. 2 i 3.

Art. 4. Ubezpieczeniu nie podlegają, z zastrzeżeniem art. 3 ust. 1 pkt 1 - 3 i ust. 2, cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej.

Art. 5. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) ambulatoryjna opieka zdrowotna - udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
- 2) apteka - aptekę ogólnodostępną, aptekę zakładową prowadzoną w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub punkt apteczny;
- 3) członek rodziny - następujące osoby:
  - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
  - b) małżonka,
  - c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 4) felczer ubezpieczenia zdrowotnego - felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) infrastruktura zdrowotna - zespół urządzeń i instytucji usługowych niezbędnych do zapewnienia należytego funkcjonowania ochrony zdrowia;
- 6) inwalida wojenny lub wojskowy - osobę, o której mowa w art. 6-8 lub w art. 30 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin ( Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 87 i Nr 181, poz. 1515 oraz z 2003 r. Nr 56, poz. 498 i Nr 210, poz. 2036);
- 7) kombatant - osobę, o której mowa w art. 1-4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego ( Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371 i Nr 181, poz. 1515, z 2003 r. Nr 72, poz. 658 oraz z 2004 r. Nr 46, poz. 444);
- 8) koordynowana opieka zdrowotna - działanie świadczeniodawców polegające na wspólnym ubieganiu się o zawarcie jednej umowy z Funduszem oraz wspólnym jej realizowaniu;
- 9) korzystający - organizację, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostkę organizacyjną, o których mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873);
- 10) lek podstawowy - produkt leczniczy ratujący życie lub niezbędny w terapii dla przywracania lub poprawy zdrowia, spełniający łącznie następujące warunki:
  - a) efekt terapeutyczny produktu leczniczego jest optymalny ze względu na jego skuteczność,
  - b) koszt terapii przy zastosowaniu tego produktu leczniczego uwzględnia możliwości finansowe Funduszu;
- 11) lek recepturowy - produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;
- 12) lek uzupełniający - produkt leczniczy wspomagający lub uzupełniający działanie leków podstawowych, a także produkt leczniczy najnowszej generacji o zbliżonych właściwościach terapeutycznych do właściwości leku podstawowego oraz produkt leczniczy o działaniu antykonceptyjnym;
- 13) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej - lekarza, który ukończył szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie: medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii będącego świadczeniodawcą, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- 14) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 15) minimalne wynagrodzenie - minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. Nr 200, poz. 1679);
- 16) nazwa międzynarodowa leku - nazwę leku zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia;

- 17) niepełnosprawny – osobę, o której mowa w art. 4, 5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.<sup>4)</sup>);
- 18) osoba bezdomna wychodząca z bezdomności - osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami o pomocy społecznej;
- 19) osoba pobierająca emeryturę lub rentę - osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U. Nr 52, poz. 539) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. Nr 229, poz. 2273);
- 20) osoba prowadząca działalność pozarolniczą - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 21) osoba represjonowana - osobę, o której mowa w art. 12 ust. 2 pkt 1 ustawy dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego;
- 22) osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji – osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;
- 23) osoba współpracująca - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 24) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarkę, która ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących oraz środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących oraz środowiska nauczania i wychowania, udzielająca świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którą zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 25) pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego - pielęgniarkę lub położną będącą świadczeniodawcą, z którą zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo pielęgniarkę lub położną zatrudnioną lub wykonującą zawód u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 26) podstawowa opieka zdrowotna - świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
- 27) położna podstawowej opieki zdrowotnej – położną, która ukończyła specjalizację pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, udzielająca świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którą zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 28) potrzeby zdrowotne - liczbę świadczeń opieki zdrowotnej, która powinna być zapewniona w celu zachowania, przywrócenia i poprawy zdrowia danej populacji;
- 29) procedura medyczna - całość lub część świadczenia opieki zdrowotnej wyodrębnionego zgodnie z międzynarodową klasyfikacją procedur medycznych (ICD 9 CM);
- 30) program zdrowotny - zespół zamierzonych czynności i środków z zakresu opieki zdrowotnej, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonego celu, polegającego na dążeniu do zaspokojenia określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, finansowany ze środków publicznych;
- 31) przeciętne wynagrodzenie - przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”;
- 32) przepisy o koordynacji - przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, określone w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z

dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz rozporządzeniu Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo;

33) ratownictwo medyczne - udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne;

34) stan nagły – stan, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207, Nr 154, poz. 1801, z 2002 r. Nr 241, poz. 2073 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1152 i Nr ... poz. ...);

35) świadczenie gwarantowane – działanie będące procedurą medyczną lub składające się z procedur medycznych finansowanych w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie;

36) świadczenia opieki zdrowotnej - świadczenia zdrowotne i świadczenia współistniejące;

37) świadczenie rekomendowane – działanie będące procedurą medyczną lub składające się z procedur medycznych o skuteczności nie mniejszej niż świadczenie gwarantowane, finansowane w części ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie;

38) świadczenie specjalistyczne – świadczenia opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

39) świadczenie współistniejące – związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, zakwaterowanie i wyżywienie w szpitalu, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji medycznej i w sanatorium uzdrowskim, koszty przejazdu na leczenie uzdrowskie oraz transport sanitarny;

40) świadczenie wysokospecjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej spełniające łącznie następujące kryteria:

a) udzielanie świadczenia ma charakter ponadregionalny,

b) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego i zaawansowanych umiejętności ograniczonej liczby świadczeniodawców,

c) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki,

d) istnieje możliwość zidentyfikowania zapotrzebowania społecznego na dane świadczenie;

41) świadczenie zdrowotne - działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji lub przepisów odrębnych regulujących zasady i warunki ich udzielania;

42) świadczeniodawca - rozumie się przez to:

a) zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki,

b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,

c) jednostkę budżetową tworzoną i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub Ministra Sprawiedliwości, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 50a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.<sup>5)</sup>),

d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;

43) ubezpieczenia społeczne - ubezpieczenia określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;

44) ubezpieczenie społeczne rolników - ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;

45) wolontariusz - osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;

46) wyrób medyczny - wyrób, o którym mowa w przepisach o wyrobach medycznych.

<sup>5)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U.

## Rozdział 2 Zadania władz publicznych

Art. 6. Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

- 1) tworzenie warunków organizacyjnych funkcjonowania ochrony zdrowia, w tym infrastruktury zdrowotnej;
- 2) analizę i ocenę zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej;
- 3) promocję zdrowia, w tym tworzenie warunków sprzyjających ochronie zdrowia;
- 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 7. 1. Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy:

- 1) rozpoznawanie oczekiwań świadczeniobiorców w zakresie opieki zdrowotnej na terenie gminy;
- 2) opracowanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozeznanych oczekiwań zdrowotnych i stanu zdrowia świadczeniobiorców na terenie gminy;
- 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz skutkami działania tych czynników;
- 4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
- 5) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działalności w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej, szkoły, organizacje pozarządowe i zawodowe oraz inne jednostki uczestniczące w promocji zdrowia;
- 6) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych oczekiwań zdrowotnych i stanu zdrowia świadczeniobiorców.

2. Do zadań zleconych gminy należy:

- 1) finansowanie świadczeniodawcy mającemu siedzibę na terenie gminy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie gminy świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony spełniającemu kryteria dochodowe, o których mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593);
- 2) finansowanie świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt 1, i aptecę mającej siedzibę na terenie gminy, kosztów leków, przedmiotów ortopedycznych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych wydawanych osobie określonej w pkt 1

- o ile finansowanie tych kosztów nie wynika z przepisów wymienionych w art. 13 i 14 lub umów międzynarodowych;

3. Gmina może, na podstawie umowy zawartej z ministrem właściwym do spraw zdrowia, wojewodą albo Funduszem, realizować zadania wynikające z programów zdrowotnych finansowanych przez te podmioty.

4. Świadczenia opieki zdrowotnej, leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługują osobie, o której mowa w ust. 2 pkt 1, na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych.

5. W celu ustalenia sytuacji dochodowej świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, gmina przeprowadza rodzinny wywiad środowiskowy na zasadach i trybie określonych w przepisach o pomocy społecznej.

6. Gmina otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2.

Art. 8. Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez powiat należy:

- 1) opracowanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozeznanych oczekiwań na zaspokojenie opieki zdrowotnej i stanu zdrowia świadczeniobiorców na terenie powiatu;
- 2) podejmowanie działań w zakresie tworzenia miejsc pracy służących rozwojowi i podniesieniu poziomu zdrowia społeczeństwa i utrzymania wysokokwalifikowanej kadry medycznej;
- 3) udzielanie świadczeniobiorcom informacji o prawach do świadczeń opieki zdrowotnej, dostępności do tych świadczeń i wskazywanie świadczeniodawców właściwych do udzielenia danego świadczenia;
- 4) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz skutkami działania tych czynników;
- 5) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;

6) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych.

Art. 9. Powiat może, na podstawie umowy zawartej z ministrem właściwym do spraw zdrowia, wojewodą albo Funduszem, realizować zadania wynikające z programów zdrowotnych finansowanych przez te podmioty.

Art. 10. Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy:

- 1) opracowanie i realizacja programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych na terenie województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
- 2) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- 3) inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych.

Art. 11. Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

- 1) ocena stanu i efektywności zabezpieczenia ochrony zdrowia na terenie województwa;
- 2) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego;
- 3) opracowanie i wdrażanie programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych na terenie województwa;
- 4) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych.

Art. 12. 1. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:

- 1) tworzenie koncepcji i określanie kierunków rozwoju ochrony zdrowia;
- 2) kwalifikowanie w trybie art. 73 świadczeń opieki zdrowotnej jako gwarantowane albo rekomendowane;
- 3) prowadzenie edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
- 4) opracowanie i wdrażanie programów zdrowotnych oraz współuczestniczenie w realizacji tych programów;
- 5) współuczestniczenie w opracowywaniu programów kształcenia oraz prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie zdrowia publicznego;
- 6) tworzenie i finansowanie programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją;
- 7) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym;
- 8) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie określonym w dziale VIII niniejszej ustawy;
- 9) sporządzanie Narodowego Planu Zdrowotnego określonego w art. 204;
- 10) zatwierdzanie planu finansowego Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
- 11) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu.

2. Do zadań ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:

- 1) sprawowanie nadzoru w zakresie gospodarki finansowej Funduszu na zasadach przewidzianych w niniejszej ustawie;
- 2) zatwierdzanie planu finansowego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- 3) zatwierdzanie sprawozdania finansowego Funduszu po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

## DZIAŁ II ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

### Rozdział 1 Przepisy ogólne

Art. 13. Przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie świadczeniobiorcom bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego przez zakłady opieki zdrowotnej na podstawie:

- 1) art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.<sup>6)</sup>);
- 2) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 i Nr 167, poz. 1372);
- 3) art. 14 ust. 6 ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 198);
- 4) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.<sup>7)</sup>);
- 5) art. 117 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. Nr 128, poz. 1175);
- 6) przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391) - w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń.

Art. 14. 1. Świadczeniobiorcy inni niż ubezpieczeni:

- 1) do ukończenia 18 roku życia;
- 2) w ciąży, porodzie i połogu

- mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych.

2. Leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze są wydawane, osobom, o których mowa w ust. 1 pkt 2, o ile są związane z ciążą, porodem i połowem.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 13, oraz świadczenia opieki zdrowotnej, leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wymienione w ust. 1 i 2, są finansowane z budżetu państwa.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania świadczeń, leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:

- 1) o których mowa w ust. 3;
- 2) o których mowa art. 7 ust. 4

- uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.

Art. 15. 1. Na zasadach i w zakresie określonych w ustawie i przepisach odrębnych świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są ze środków publicznych:

- 1) w całości - w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych;
- 2) w części - w odniesieniu do świadczeń rekomendowanych.

2. Podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie, Fundusz oraz gminy.

Art. 16. 1. Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej mających na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

2. Świadczeniobiorcy zapewniają się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie:

- 1) badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną;
- 2) świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne;
- 3) podstawową opiekę zdrowotną, w tym świadczenia w środowisku nauczania i wychowania;
- 4) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- 5) rehabilitację leczniczą;
- 6) świadczenia stomatologiczne;
- 7) leczenie szpitalne, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 8) leczenie w domu chorego;
- 9) badanie i terapię psychologiczną;
- 10) badanie i terapię logopedyczną;

<sup>6)</sup> Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. 1997 r. Nr 160, poz. 1083, z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 60, poz. 701, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1318, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, Nr 111, poz. 1194 i Nr 151, poz. 1686, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 121, poz. 1033 i Nr 200, poz. 1679 oraz z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 142, poz. 1380 i Nr 179, poz. 1750.

<sup>7)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1994 r. Dz. U. Nr 111, poz. 535, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268.



- 11) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną;
- 12) pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi;
- 13) opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu;
- 14) opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią niemowląt;
- 15) opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia;
- 16) opiekę nad zdrowym dzieckiem;
- 17) leczenie uzdrowiskowe;
- 18) zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne;
- 19) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- 20) transport sanitarny;
- 21) ratownictwo medyczne, z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych przedszpitalnych udzielanych przez lotnicze pogotowie ratunkowe.

Art. 17. 1. Świadczeniobiorcy na podstawie ustawy nie przysługują:

- 1) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej nie zakwalifikowane jako gwarantowane lub rekomendowane;

2. Koszty badania lub wydania orzeczenia lub zaświadczenia na zlecenie prokuratury albo sądu, w związku z postępowaniem prowadzonym na podstawie ustawy, są pokrywane z części budżetu państwa, której dysponentem jest, odpowiednio, Minister Sprawiedliwości albo Prezes Naczelnego Sądu Administracyjnego.

3. Przepis ust. 2 nie wyłącza możliwości obciążenia strony postępowania kosztami badania lub wydawania orzeczenia lub zaświadczenia, o których mowa w tym przepisie, na podstawie odrębnych przepisów.

4. Koszty badania lub wydania orzeczenia lub zaświadczenia związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczenia społecznego, są finansowane przez podmiot, na którego żądanie zostaje przeprowadzone badanie lub wydane orzeczenie i zaświadczenie, chyba że jest ono przeprowadzane lub wydawane w ramach udzielanego świadczenia zdrowotnego.

Art. 18. 1. Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty żywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

2. Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18 roku życia, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Art. 19. 1. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.

2. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie.

3. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę.

4. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

5. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

6. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku, o którym mowa w ust. 5. Przepis art. 58 stosuje się odpowiednio.

Art. 20. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1:

- 1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
- 2) informuje świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia;
- 3) wpisuje:
  - a) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
  - b) numer PESEL świadczeniobiorcy, o ile taki numer został mu nadany,
  - c) numer telefonu i adres świadczeniobiorcy

- w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

3. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

4. W razie:

1) zgłoszenia przez świadczeniobiorcę:

- a) zachorowania,
- b) nagłego pogorszenia stanu zdrowia;

2) widocznych objawów pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy,

3) wyraźnego wskazania na skierowaniu o konieczności niezwłocznego udzielenia świadczenia

- kolejność udzielania świadczeń ustala świadczeniodawca lub osoba wyznaczona do tej czynności przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie.

6. Kolejność dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalu jest ustalana na podstawie kryteriów medycznych na zasadach określonych w art. 21 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

7. Świadczeniodawca comiesięcznie przekazuje oddziałowi Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania.

8. Informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oddział Funduszu, właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia, publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu.

9. Oddział wojewódzki Funduszu, o którym mowa w ust. 8, informuje na żądanie świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia przez świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej.

Art. 21. Przepisów art. 19 i 20 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Art. 22. 1. Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, z wyjątkiem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonemu zgodnie z przepisami o koordynacji.

2. Prezes Funduszu wydaje ubezpieczonemu, na wniosek: ubezpieczonego, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, zwanego dalej „podmiotem uprawnionym”, zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w przypadku, o którym mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71.

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

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o których mowa w ust. 2;

2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1

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

4. Minister właściwy do spraw zdrowia może, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określić, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia zdrowotne, uwzględniając aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych wiedzę i praktykę medyczną oraz kierując się potrzebą właściwej realizacji art. 22 ust. 2 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71.

Art. 23. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może, na wniosek podmiotu uprawnionego, skierować świadczeniobiorcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia świadczeniobiorcy, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego właściwego w danej dziedzinie medycyny.

2. Koszty leczenia lub badań diagnostycznych świadczeniobiorcy poza granicami kraju:

1) wynikające z umów międzynarodowych zawartych z państwami niebędącymi członkami Unii Europejskiej lub członkami Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;

2) powstałe na podstawie skierowania, o którym mowa w ust. 1, wraz z kosztami transportu świadczeniobiorcy do miejsca leczenia za granicą i do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju

- są finansowane z budżetu państwa.

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

1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w ust. 1;

2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1;

3) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w ust. 2 pkt 2

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

Art. 24. 1. Świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują:

1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;

2) profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;

3) profilaktykę, w tym promocję zdrowia oraz profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19 roku życia;

4) prowadzenie badań profilaktycznych, w tym profilaktyki stomatologicznej obejmującej kobiety w ciąży;

5) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;

6) wykonywanie szczepień ochronnych;

7) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia uprawiających sport amatorski.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, w odniesieniu do działań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 4, zakres świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych, wraz z okresami, w których te badania są przeprowadzane, uwzględniając szczególną rolę profilaktyki.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ukończenia 19 roku życia, a także zakres informacji przekazywanych wojewodzie o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad tymi osobami, uwzględniając profilaktykę stomatologiczną i promocję zdrowia, a w szczególności profilaktykę w środowisku nauczania.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw kultury fizycznej i sportu, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, zakres koniecznych badań lekarskich oraz częstotliwość ich przeprowadzania w stosunku do dzieci i młodzieży do

ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji albo posiadających licencję na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu, uwzględniając potrzebę szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

Art. 25. 1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku, a w przypadku każdej kolejnej zmiany zobowiązany jest wnieść opłatę w wysokości osiemdziesięciu złotych, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej i art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1399 z późn. zm.). Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania.

2. Opłata, o której mowa w ust. 1, stanowi przychód podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Art. 26. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej i art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej.

Art. 27. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej i art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej.

Art. 28. 1. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lekarza dentystry oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych do świadczeń gwarantowanych.

2. Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu mają prawo do dodatkowych świadczeń opieki zdrowotnej lekarza dentystry oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych do świadczeń gwarantowanych dla tych osób.

Art. 29. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, zakwalifikowanych do świadczeń gwarantowanych albo świadczeń rekomendowanych.

Art. 30. 1. Leczenie uzdrowiskowe przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, wymaga potwierdzenia przez właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

3. Świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego oraz częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym, z zastrzeżeniem ust. 4, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych pokrywa do wysokości określonej w umowie Funduszu z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego oraz koszty, o których mowa w ust. 5.

4. Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej - do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu - bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w prewentorium i sanatorium uzdrowiskowym.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób i warunki wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) tryb potwierdzania skierowania, o którym mowa pkt 1;
- 3) wysokość częściowej odpłatności świadczeniobiorcy za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym;
- 4) poziomy warunków pobytu w sanatorium uzdrowiskowym oraz termin pobytu  
- uwzględniając konieczność weryfikacji celowości skierowania na leczenie uzdrowiskowe, a także warunki bytowe i okres, w których realizowane jest skierowanie na leczenie uzdrowiskowe.

## Rozdział 2 Świadczenia współistniejące

Art. 31. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz felczera i starszego felczera.

Art. 32. Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy doraźnej zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Art. 33. 1. Leki podstawowe, leki uzupełniające, leki recepturowe i wyroby medyczne są wydawane świadczeniobiorcy na podstawie recepty:

- 1) za odpłatnością ryczałtową - za leki podstawowe i recepturowe i wyroby medyczne podstawowe;
- 2) za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ceny leku - za leki uzupełniające i wyroby medyczne uzupełniające.

2. Opłata ryczałtowa oraz częściowa odpłatność dotyczy jednostkowego opakowania leku lub wyrobu medycznego określonego w wykazach, o których mowa w ust. 5 pkt 1.

3. Opłata ryczałtowa nie może przekraczać 0,5% minimalnego wynagrodzenia w przypadku leku lub wyrobu medycznego podstawowego oraz 1,5% minimalnego wynagrodzenia w przypadku leku recepturowego.

4. Leki niewpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzone z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne mogą być wydawane po wniesieniu opłaty ryczałtowej, pod warunkiem że konieczność ich sprowadzenia z zagranicy oraz refundacji została potwierdzona przez Prezesa Funduszu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określa, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz leków i wyrobów medycznych podstawowych i uzupełniających;
- 2) wysokość opłaty ryczałtowej za leki i wyroby medyczne podstawowe i recepturowe;
- 3) wysokość odpłatności za leki i wyroby medyczne uzupełniające;
- 4) wykaz leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych;
- 5) ilość leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposób obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego

- uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków oraz bezpieczeństwo ich stosowania, a także możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

6. Wykazy, o których mowa w ust. 5 pkt 1, są aktualizowane co najmniej raz na 6 miesięcy.

Art. 34. 1. Osobom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte leki i wyroby medyczne są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową określoną w art. 33 ust. 1 pkt 1 lub za częściową odpłatnością określoną w art. 33 ust. 1 pkt 2.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz chorób, o których mowa w ust. 1;
- 2) wykaz leków i wyrobów medycznych, które ze względu na choroby określone w wykazie, o którym mowa w pkt 1, są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością

- uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków, bezpieczeństwo ich stosowania oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

3. Wykazy, o których mowa w ust. 2, aktualizowane są co najmniej raz na 6 miesięcy.

Art. 35. 1. Wprowadza się limity cen leków zawartych w wykazach, o których mowa w art. 33 ust. 5 pkt 1 oraz art. 34 ust. 2 pkt 2, posiadających tę samą nazwę międzynarodową albo różne nazwy międzynarodowe, ale podobne działanie terapeutyczne.

2. Jednakowy limit ceny leku dotyczy leków, o których mowa w ust. 1, o tej samej dawce, wielkości opakowania i postaci farmaceutycznej.

3. Apteka może wydać lek, o którym mowa w ust. 1, którego cena przekracza limit ceny, pobierając dodatkową dopłatę w wysokości różnicy między ceną wydawanego leku a wysokością limitu ceny.

4. Apteka ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na receptę o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty wskazującej na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.

5. Jeżeli w wykazach, o których mowa w art. 33 ust. 5 pkt 1 i art. 34 ust. 2 pkt 2, zamieszczono lek o nazwie międzynarodowej, apteka może wydać, na zasadach określonych w art. 33 ust. 1 albo bezpłatnie również inny lek dopuszczony do obrotu, niezamieszczony w tych wykazach, a objęty tą samą nazwą międzynarodową, pod warunkiem że jego cena nie jest wyższa od limitu ceny, a jeżeli limit nie został ustalony - od ceny leku zamieszczonego w wykazach.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, ustala, w drodze rozporządzenia, limity cen leków posiadających tę samą nazwę międzynarodową oraz leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, wymienionych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 33 ust. 5 pkt 1, oraz limity cen leków i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 34 ust. 2 pkt 2, uwzględniając w szczególności bezpieczeństwo ich stosowania.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kryteria kwalifikacji leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, do grupy objętej wspólnym limitem ceny, biorąc pod uwagę wskazania terapeutyczne i bezpieczeństwo ich stosowania oraz skuteczność leków.

Art. 36. 1. Wytwórca lub importer leków lub wyrobów medycznych, zwany dalej "wnioskodawcą", może składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o umieszczenie leków lub wyrobów medycznych w wykazach, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art.33 ust. 6 pkt 1 i art. 34 ust. 2 pkt 2.

2. Wnioski, o których mowa w ust. 1, zawierają w szczególności:

- 1) oznaczenie (firmę) wnioskodawcy, jego siedzibę i adres;
- 2) nazwę i proponowaną cenę leku lub wyrobu medycznego;
- 3) wielkość realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku i deklarowanych w okresie późniejszym;
- 4) dzienny koszt terapii oraz średni koszt standardowej terapii;
- 5) uzasadnienie wniosku i proponowanej ceny;
- 6) analizę skuteczności klinicznej, efektywności kosztowej oraz analizę wpływu na ogólne koszty refundacji.
- 7) pozytywną opinię Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych w sprawie analiz o których mowa pkt. 6

3. Wnioski określone w ust. 1 rozpatruje Zespół do Spraw Gospodarki Lekami, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050 oraz z 2002 r. Nr 144, poz. 1204), zwany dalej "Zespołem".

4. Zespół nie rozpatruje wniosku, o którym mowa w ust. 1, jeżeli nie spełnia on kryteriów określonych w art. 7 ustawy wymienionej w ust. 3.

5. Zespół przekazuje wnioskodawcy stanowisko w sprawie nieuwzględnienia wniosku, o którym mowa w ust. 1, wraz z uzasadnieniem. W terminie 14 dni od dnia otrzymania stanowiska wnioskodawca może zwrócić się do ministra właściwego do spraw zdrowia o ponowne rozpatrzenie wniosku.

6. Od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy zakres informacji zawartych we wnioskach, o których mowa w ust. 1;
- 2) sposób składania oraz tryb i terminy rozpatrywania wniosków, o których mowa w ust. 1

- uwzględniając w szczególności, że rozpatrywanie wniosku nie powinno trwać dłużej niż 90 dni, licząc od dnia jego złożenia, z tym że w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do umieszczenia danego leku i wyrobu medycznego we właściwym wykazie bieg tego terminu ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia wniosku, oraz że w przypadku gdy procedura umieszczenia leku lub wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art.33 ust. 6 pkt 1 i art. 34 ust. 2 pkt 2, występuje łącznie z rozpatrywaniem informacji lub wniosku o ustalenie ceny urzędowej, łączny termin nie powinien przekroczyć 180 dni, a w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosków łącznie, bieg tego terminu ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia wniosku.

Art. 37. 1. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługuje świadczeniobiorcom na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, z zastrzeżeniem art. 42.

2. Udział środków publicznych w cenie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% limitu ceny określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 73 ust. 6 dla przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego albo ceny nabycia przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego, jeżeli limit ceny nie został ustalony.

3. Limit ceny określony dla naprawy przedmiotu ortopedycznego może być wykorzystany przez świadczeniobiorcę dla dokonania naprawy użytkowanego przedmiotu ortopedycznego w okresie używalności ustalonym dla tego przedmiotu.

Art. 38. 1. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:

- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej;
- 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

2. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego – w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.

3. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz grup jednostek chorobowych, stopnie niesprawności oraz wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy, w przypadkach określonych w ust. 3, w zależności od wskazań medycznych, uwzględniając w szczególności możliwość samodzielnego poruszania się oraz średnie koszty przejazdu środkami transportu sanitarnego.

### Rozdział 3

#### Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 39. 1. Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu, o którym mowa w art. 35 ust. 1, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz albo felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

2. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 1.

Art. 40. 1. Inwalidom wojennym, osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz uprawnionym do renty rodzinnej wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych i osobach represjonowanych, a także osobom, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 2, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki spełniające łącznie następujące warunki:

- 1) oznaczone symbolem „Rp” w decyzji dopuszczającej do obrotu;
- 2) wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Receptę dla osób, o których mowa w ust. 1, może wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego albo felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz albo felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 3.

Art. 41. 1. Osobom:

- 1) które są inwalidami wojskowymi;
- 2) które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów;
- 3) wymienionym w art. 42 i 59 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin

- przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.

2. Receptę dla osób, o których mowa w ust. 1, może wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego albo felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz albo felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 3.

5. Bezpłatne zaopatrzenie w leki osób, o których mowa w ust. 1, przysługuje do wysokości limitu, o którym mowa w art. 35 ust. 1.

Art. 42. Inwalidom wojennym i wojskowym oraz osobom represjonowanym przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza albo felczera niebędącego lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept do wysokości limitu ceny określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 73 ust. 5.

#### Rozdział 4 Programy zdrowotne

Art. 43. 1. Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, wojewodowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Fundusz.

2. Programy zdrowotne mogą dotyczyć w szczególności:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- 2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej populacji przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania;
- 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

3. Program zdrowotny może być realizowany w okresie jednego roku lub wielu lat.

4. Wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, przeprowadzanego przez podmiot, o którym mowa w ust. 1.

5. W przypadku programów zdrowotnych ministra wyboru realizatora programu zdrowotnego, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia z nim umowy dokonuje Fundusz w imieniu właściwego ministra, na zasadach i w trybie określonym dla umów zawieranych ze świadczeniodawcami.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych;
- 2) szczegółowy tryb wyboru realizatora programu, o którym mowa w ust. 4;
- 3) tryb przekazywania środków publicznych na realizację programu;

- uwzględniając w szczególności okres realizacji programu zdrowotnego konieczny dla osiągnięcia założonego celu programu i zapewnienie prawidłowej jego realizacji.

7. Do wyboru realizatora programów zdrowotnych nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

#### Rozdział 5 Dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 44. 1. Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego zawiera następujące dane:

- 1) imię i nazwisko;



- 2) datę urodzenia;
- 2) numer PESEL;
- 3) kod płatnika składki;
- 4) numer karty.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz tryb wydawania i unieważniania karty ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględniając dane wymienione w ust. 2 i konieczność ochrony tych danych zgodnie z odrębnymi przepisami.

Art. 45. 1. Ubezpieczony ubiegający się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązany przedstawić kartę ubezpieczenia zdrowotnego.

2. W przypadku:

- 1) stanu nagłego;
- 2) porodu

- karta ubezpieczenia zdrowotnego może zostać przedstawiona w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w szpitalu.

3. Jeżeli przedstawienie karty ubezpieczenia zdrowotnego w terminie określonym w ust. 2 nie jest możliwe, karta ubezpieczenia zdrowotnego może być przedstawiona w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

4. W razie nieprzedstawienia karty ubezpieczenia zdrowotnego w terminach, o których mowa w ust. 2 i 3, świadczenie zostaje udzielone na koszt ubezpieczonego.

5. W razie nieodprowadzenia składki na ubezpieczenie zdrowotne za ubezpieczonego przez zobowiązanego płatnika przez okres dłuższy niż miesiąc, Fundusz obciąża tego płatnika poniesionymi kosztami świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonemu.

6. Późniejsze niż przewidziane w ust. 2 i 3 przedstawienie karty ubezpieczenia zdrowotnego nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów, o których mowa w ust. 4, albo ich zwrotu.

7. Opłacenie zaległych składek wraz z odsetkami nie zwalnia z obowiązku pokrycia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

8. Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 4 i 5 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia, w którym stały się wymagalne.

9. Przepisów ust. 1-8 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom do ukończenia 6 miesiąca życia.

Art. 46. 1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących ubezpieczonemu, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, Fundusz wydaje zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.

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

Art. 47. 1. Osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w celu korzystania z tych świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Fundusz wydaje dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, zwane dalej „poświadczeniem”.

2. Poświadczenie zawiera następujące dane:

- 1) imiona i nazwisko;
- 2) datę urodzenia;
- 3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie, o której mowa w ust. 1, nie nadano tego numeru - serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych;
- 4) adres miejsca zamieszkania;
- 5) nazwę instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej;
- 6) adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji;
- 8) okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 9) numer poświadczenia.

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

Art. 48. 1. Osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązana przedstawić poświadczenie.

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

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

- 1) stanu nagłego;
- 2) porodu

- przepisy art. 45 ust. 2 - 4, 6, 8 i 9 stosuje się odpowiednio.

### DZIAŁ III ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Art. 49. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 6 odpowiednio dla lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, zgodnie z zakresem, o którym mowa w ust. 1, w szczególności dostęp do:

- 1) opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu chorego;
- 2) badań diagnostycznych.

3. Na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej wykonywane w związku z zachorowaniem, przez lekarzy, pielęgniarki i położne, poza godzinami pracy określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności w dni wolne od pracy i święta, Fundusz może zawrzeć odrębną umowę.

4. Świadczeniodawca podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach organizacji opieki, o której mowa w ust 3, w szczególności poprzez umieszczenie informacji w siedzibie świadczeniodawcy.

5. Osoba udzielająca świadczeń o których mowa w ust. 2 pkt 2 korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń oraz dobro pacjenta.

Art. 50. 1. Wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorca potwierdza pisemnym oświadczeniem woli, zwanym dalej „deklaracją wyboru”.

2. Deklaracja wyboru zawiera:

- 1) dane dotyczące świadczeniobiorcy:
    - a) imię i nazwisko,
    - b) nazwisko rodowe,
    - c) datę urodzenia,
    - d) płeć,
    - e) numer PESEL, o ile taki został nadany,
    - f) miejsce nauki – w przypadku uczniów i studentów,
    - g) adres zamieszkania,
    - h) numer telefonu;
  - 2) określenie, który raz w danym roku dokonywany jest wybór;
  - 3) numer karty ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonych;
  - 4) kod oddziału wojewódzkiego Funduszu;
  - 5) dane dotyczące lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej:
    - a) imię i nazwisko,
    - b) siedzibę świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej,
    - c) miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 6) datę dokonania wyboru;
  - 7) podpis świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;
  - 8) podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru.
3. Wzór deklaracji wyboru określi Prezes Funduszu.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany:
- 1) udostępnić świadczeniobiorcy deklarację wyboru i sprawdzić poprawność jej wypełnienia;
  - 2) przed przyjęciem deklaracji wyboru sprawdzić uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ustawie.

5. Wypełnione deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie, zapewniając ich dostępność świadczeniobiorcom, którzy je złożyli, z zachowaniem wymogów wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

Art. 51. 1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane w przypadku świadczeń udzielanych:

1) w dziedzinach medycyny:

- a) ginekologii i położnictwa,
- b) ginekologii onkologicznej,
- c) dermatologii i wenerologii,
- d) onkologii klinicznej,
- e) okulistyki,
- f) psychiatrii,
- g) psychiatrii dzieci i młodzieży;

2) przez lekarza dentyście;

3) osobom chorych na gruźlicę;

4) osobom zakażonych wirusem HIV;

5) inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym;

6) osobom uzależnionym od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych – w zakresie lecznictwa odwykowego.

Art. 52. Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Art. 53. Świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 54. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Art. 55. Ambulatoryjne świadczenie specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 51 ust. 2.

Art. 56. Apteka wydając świadczeniobiorcy lek lub wyrób medyczny ma w szczególności obowiązek:

- 1) zapewnić dostępność leków i wyrobów medycznych objętych wykazami leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 33, oraz leków i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 34;
- 2) udostępniać do kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych lub na jego zlecenie przez organy nadzoru farmaceutycznego dokumentację, którą apteka jest obowiązana prowadzić na podstawie odrębnych przepisów;
- 3) przekazywać podmiotowi, o którym mowa w pkt 2, informacje zawarte w treści poszczególnych zrealizowanych recept na refundowane leki i wyroby medyczne.

Art. 57. 1. Apteka po przedstawieniu Funduszowi zestawień, o których mowa w ust. 6 pkt 1, nie częściej niż co 14 dni, otrzymuje refundację ceny leku lub wyrobu medycznego wydawanego świadczeniobiorcy bezpłatnie lub za częściową odpłatnością.

2. Refundacja, o której mowa w ust. 1, nie może przekraczać ustalonego limitu ceny, z zastrzeżeniem art. 40 i 41 ust. 1, i dokonywana jest przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych na zasadach, o których mowa w ust. 3-5.

3. Po przeanalizowaniu przedstawionych przez aptekę zbiorczych zestawień recept, nie później niż 15 dni od dnia otrzymania zestawienia, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych dokonuje refundacji, o której mowa w ust. 1.

4. W przypadku przekroczenia przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych terminu, o którym mowa w ust. 3, aptece przysługują odsetki ustawowe.

5. W przypadku nieprzekazania lub przekazania niezgodnie z ustawą danych, o których mowa w art. 56 pkt 3, oraz danych określonych zgodnie z art. 196, termin, o którym mowa w ust. 3, może zostać przedłużony do czasu przekazania przez aptekę kompletnych danych.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób przedstawiania przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji;
- 2) wzór zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji

- uwzględniając terminy przedstawiania zestawień i warunki ich przedstawiania.

Art. 58. 1. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę:

- 1) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymogami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;
- 4) zasad wystawiania recept.

2. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń w upoważnieniu do prowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli.

3. Kontrola dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych może być przeprowadzana tylko przez upoważnionych pracowników podmiotu zobowiązanego do świadczeń posiadających wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.

4. Kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych podmiot zobowiązany do świadczeń może zlecić, w razie potrzeby, osobie posiadającej wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.

5. Świadczeniodawca jest obowiązany do przedkładania podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.

6. Z przebiegu przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, który jest podpisywany przez osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli i świadczeniodawcę.

7. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń sporządza wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy oraz zalecenia pokontrolne w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

8. Świadczeniodawca może, w terminie 7 dnia od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, zgłosić zastrzeżenia podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń. Zastrzeżenia rozpatruje się w terminie 14 dni. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń niezwłocznie informuje się o tym kontrolowanego świadczeniodawcę.

9. Świadczeniodawca jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń, do poinformowania podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

## DZIAŁ IV

### ZASADY USTALANIA ZAKRESU FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

#### Rozdział 1

##### Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 59. Świadczenie opieki zdrowotnej może zostać zakwalifikowane jako świadczenie gwarantowane jeżeli:

- 1) jest uznane w zakresie określonym w ustawie za właściwe, dopuszczalne i skuteczne, w świetle aktualnej wiedzy medycznej, działanie dla osiągnięcia celu danej diagnostyki lub leczenia;
- 2) jest jedynym dostępnym sposobem postępowania

albo

- 3) jest uznane, w sposób określony w ustawie, za właściwe, dopuszczalne i skuteczne, w świetle aktualnej wiedzy medycznej, działanie dla osiągnięcia celu danej diagnostyki lub leczenia;
- 4) nie jest jedynym dostępnym działaniem, ale wskaźnik skuteczności i bezpieczeństwa świadczenia do jego efektywności kosztowej jest wyższy w porównaniu ze wskaźnikami alternatywnych świadczeń dla osiągnięcia celu danej diagnostyki lub leczenia.

Art. 60. 1. Świadczenie opieki zdrowotnej może zostać zakwalifikowane jako świadczenie rekomendowane w zakresie określonym w ustawie jeżeli:

- 1) jest uznane za właściwe, dopuszczalne i skuteczne, w świetle aktualnej wiedzy medycznej, działanie dla osiągnięcia celu danej diagnostyki lub leczenia;
- 2) za świadczenie gwarantowane zostało zakwalifikowane inne alternatywne świadczenie opieki zdrowotnej

albo

- 3) jest uznane za właściwe, dopuszczalne i skuteczne, w świetle aktualnej wiedzy medycznej, działanie dla osiągnięcia celu danej diagnostyki lub leczenia;
- 4) wskaźnik skuteczności i bezpieczeństwa stosowania świadczenia do jego efektywności kosztowej jest niższy w porównaniu ze wskaźnikami alternatywnych świadczeń zakwalifikowanych jako gwarantowane jakie mogą być stosowane w takim samym rodzaju przypadkach.

2. Świadczeniobiorca ponosi odpłatność za świadczenia rekomendowane w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy ceną świadczenia rekomendowanego a średnią ceną świadczeń gwarantowanych możliwych do zastosowania w takim samym przypadku.

Art. 61.1. Jeżeli w danym przypadku, ze względu na stan zdrowia świadczeniobiorcy, zgodnie ze wskazaniem lekarskim powinno być zastosowane świadczenie rekomendowane, świadczeniobiorca może być przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń zwolniony z częściowego finansowania tego świadczenia.

2. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1, świadczeniobiorca uzyskuje na podstawie swojego wniosku potwierdzonego przez świadczeniodawcę.

3. Potwierdzenia wniosku, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca dokonuje na podstawie pozytywnej opinii zespołu, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

4. Jeżeli w przypadku, o którym mowa w ust. 1, mogą być zastosowane świadczenia rekomendowane o takiej samej skuteczności, stosuje się świadczenie o najwyższym wskaźniku, o którym mowa w art. 59 pkt 5.

Art. 62 1. W stanach nagłych nie stosuje się przepisów art. 61 ust. 2 i 3.

2. W przypadkach o których mowa w ust. 1 świadczeniodawca niezwłocznie informuje podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń o przyczynach zastosowania świadczenia rekomendowanego zamiast gwarantowanego.

3. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń może przeprowadzić kontrolę zasadności udzielenia świadczenia rekomendowanego zamiast gwarantowanego. Przepis art. 58 stosuje się odpowiednio.

4. Jeżeli w wyniku kontroli o której mowa w ust. 3 stwierdzono, że świadczeniodawca naruszył przepisy ust. 1-2 lub art. 61, podmiot zobowiązany do finansowania świadczenia finansuje udzielone świadczenie tak jak świadczenie gwarantowane. Świadczeniobiorca nie ponosi odpłatności, o której mowa w art. 60 ust. 2.

## Rozdział 2

### Polska Agencja Oceny Technologii Medycznych

Art. 63. 1. Tworzy się Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych, zwaną dalej „Agencją”.

2. Nadzór nad Agencją sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Agencja prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych dla jednostek budżetowych w przepisach o finansach publicznych.

4. Siedzibą Agencji jest miasto stołeczne Warszawa.

5. Agencja działa na podstawie ustawy i statutu.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze zarządzenia, statut Agencji określający szczegółowy zakres działalności Agencji oraz jej strukturę organizacyjną.

Art. 64. 1. Do zadań Agencji należy w szczególności:

- 1) przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stanowisk Rady Naukowej Agencji dotyczących zakwalifikowania poszczególnych procedur medycznych do świadczeń gwarantowanych albo rekomendowanych;

- 2) ocena stosowanych procedur medycznych objętych świadczeniami gwarantowanymi i rekomendowanymi w zakresie, o którym mowa w art. 59 pkt 5, i przekazywanie w tym przedmiocie stanowiska ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 3) prowadzenie listy procedur medycznych o nieznannej skuteczności, których na podstawie analiz nie można jednoznacznie zakwalifikować do świadczeń gwarantowanych lub rekomendowanych; lista tych procedur jest publikowana na stronie internetowej Agencji;
- 4) określanie wymagań warunkujących prawo stosowania przez świadczeniodawcę danej procedury medycznej;
- 5) ocena analiz, o których mowa w art. 6 ust. 2 pkt 8 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach.

2. Procedura medyczna może być wpisana na listę, o której mowa w ust. 1 pkt 3, na okres nie dłuższy niż 3 lata. Jeżeli w tym czasie wystąpią przesłanki określone w art. 59 i 60, Agencja przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wnioski, o którym mowa w ust. 1 pkt 1.

Art. 65. 1. Agencją kieruje Prezes powoływany na pięcioletnią kadencję przez Prezesa Rady Ministrów, po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.

2. Prezes kieruje Agencją i reprezentuje ją na zewnątrz.

3. Do zakresu działania Prezesa Agencji należy w szczególności:

- 1) kierowanie pracami Agencji;
- 2) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w Agencji;
- 3) współpraca z Funduszem, organami administracji rządowej, w tym z Komisją Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 4) przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stanowiska w sprawie oceny procedur medycznych wchodzących w zakres świadczeń gwarantowanych i rekomendowanych;
- 5) zlecanie zadań ekspertom i koordynowanie tych zadań.

4. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko Prezesa Agencji, uwzględniając w szczególności sposób dokumentowania wymagań, o których mowa w art. 66, dostępność do informacji o postępowaniu konkursowym, skład komisji konkursowej, wymagania dla członków komisji konkursowej i procedury przeprowadzania konkursu, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przeprowadzenia postępowania konkursowego.

Art. 66. Prezesem Agencji może być osoba, która:

- 1) jest obywatelem polskim;
- 2) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 3) ukończyła studia wyższe i posiada tytuł zawodowy lekarza, lekarza dentystry lub tytuł magistra farmacji;
- 4) posiada wiedzę z zakresu przepisów dotyczących ochrony zdrowia;
- 5) posiada co najmniej 3-letni okres zatrudnienia na stanowiskach kierowniczych w:
  - a) szkołach wyższych i innych placówkach naukowych, które posiadają prawo nadawania stopni naukowych,
  - b) jednostkach badawczo-rozwojowych,
  - c) administracji publicznej związanej z ochroną zdrowia.

Art. 67. 1. Funkcji Prezesa Agencji nie można łączyć z:

- 1) zatrudnieniem u innego pracodawcy;
- 2) wykonywaniem działalności gospodarczej;
- 3) wykonywaniem zawodu lekarza w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej.

2. Prezes Agencji nie może posiadać udziałów albo akcji podmiotów, o których mowa w art. 71 ust. 1 pkt 3 i 8.

Art. 68. W okresie trwania kadencji Prezes Agencji może zostać odwołany przez Prezesa Rady Ministrów, w przypadku:

- 1) złożenia rezygnacji ze stanowiska;
- 2) choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie zadań;
- 3) skazania prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 4) naruszenia przepisów art. 67.

Art. 69. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia ustala listę ekspertów współpracujących z Agencją.

2. Ekspertem, o którym mowa w ust. 1, może być wyłącznie osoba, która:

- 1) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych lub dziedzin pokrewnych oraz w innych dziedzinach odpowiednich dla przeprowadzenia oceny danej procedury;
- 3) posiada wiedzę i udokumentowane doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków eksperta;
- 4) nie pozostaje z podmiotami, o których mowa w art. 71 ust. 1, w takim stosunku, który mógłby wywołać wątpliwości co do jej bezstronności.

Art. 70. 1. W Agencji działa Rada Naukowa w liczbie 21 członków.

2. Członków Rady Naukowej powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród osób, o których mowa w art. 69 ust. 1.

3. Członków Rady Naukowej odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia w szczególności w przypadkach, o których mowa w art. 68 pkt 1-3.

4. Do zadań Rady Naukowej należy w szczególności opracowywanie stanowisk w sprawie oceny procedur medycznych.

5. Członkom Rady Naukowej za udział w pracach Rady przysługuje wynagrodzenie miesięczne ustalane na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w ostatnim miesiącu minionego kwartału ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", przy zastosowaniu następujących mnożników:

- 1) przewodniczący Rady – 2,0;
- 2) członek Rady – 1,5.

6. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 5, przysługuje, bez względu na częstotliwość zwołań posiedzeń Rady Naukowej, z zastrzeżeniem ust. 7.

7. Członkowi Rady Naukowej zmniejsza się wynagrodzenie miesięczne za nieusprawiedliwioną nieobecność na posiedzeniu w danym miesiącu, proporcjonalnie do liczby posiedzeń Rady w tym miesiącu.

8. Członkom Rady Naukowej przysługuje zwrot kosztów przejazdów i noclegów na zasadach określonych w przepisach w sprawie zasad ustalania oraz wysokości należności przysługujących pracownikom zatrudnionym w państwowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

Art. 71. 1. Wniosek do Agencji w sprawie oceny procedur medycznych dla celów, o których mowa w art. 59 i 60, zwany dalej „wnioskiem”, mogą składać:

- 1) Prezes Funduszu;
- 2) samorządy zawodów medycznych;
- 3) świadczeniodawcy;
- 4) stowarzyszenia świadczeniobiorców;
- 5) państwowe uczelnie medyczne lub państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, oraz inne szkoły wyższe;
- 6) jednostki badawczo – rozwojowe;
- 7) placówki naukowe Polskiej Akademii Nauk;
- 8) producenci lub dystrybutorzy produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych.

2. Do wniosku dołącza się raport z analizy skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić dokonanie oceny procedury medycznej.

4. Agencja publikuje informację o złożonych wnioskach i zleceniach na swojej stronie internetowej. Nie narusza to przepisów o dostępie do informacji publicznej.

5. Za rozpatrzenie wniosku Agencja pobiera opłatę. Wysokość opłaty uzależnia się od:

- 1) stopnia złożoności ocenianej procedury medycznej;
- 2) typu analiz ekonomicznej koniecznej do dokonania oceny;
- 3) ilości dostępnych badań naukowych koniecznych do oceny danej procedury medycznej.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia i Prezes Funduszu są zwolnieni z ponoszenia opłaty, o której mowa w ust. 5.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku, rodzaj wymaganych załączników do wniosku oraz warunki, jakim powinien odpowiadać raport, o którym mowa w ust. 2, a także wysokość opłaty pobieranej za rozpatrzenie wniosku, uwzględniając kryteria wymienione w ust. 5.

Art. 72. 1. Agencja dokonuje oceny wniosku wraz z dołączonymi do niego załącznikami pod względem spełnienia wymagań i warunków, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 71 ust. 6 oraz rzetelności i wiarygodności danych zawartych w raporcie, o którym mowa w art. 71 ust. 2, oraz zasięga opinii Funduszu w sprawie możliwości finansowania wnioskowanej procedury medycznej.

2. Wniosek wraz z załącznikami oraz oceną wniosku i opinią Funduszu, o których mowa w ust. 1, Prezes Agencji kieruje niezwłocznie do co najmniej trzech ekspertów, wybranych spośród osób, o których mowa w art. 72 ust. 1, posiadających stopień naukowy lub tytuł naukowy w dziedzinie odpowiedniej dla oceny danych procedur celem sporządzenia odrębnych opinii.

3. Opinie, o których mowa w ust. 2, oraz ocena wniosku i opinia Funduszu, o których mowa w ust. 1, stanowią podstawę do rozpatrzenia wniosku przez Radę Naukową.

4. Rada Naukowa po rozpatrzeniu wniosku wyraża swoje stanowisko i przekazuje je Prezesowi Agencji.

5. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje stanowisko Rady Naukowej wnioskodawcy i publikuje je na stronie internetowej Agencji w formie komunikatu.

6. Stanowisko Rady Naukowej wraz wnioskiem i dokumentacją stanowiącą podstawę jego rozpatrzenia Prezes Agencji niezwłocznie przesyła ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

7. Do oceny analiz, o których mowa w art. 6 ust. 3 pkt 8 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, ust. 1 – 5 oraz art. 71 ust. 4 i 6 stosuje się odpowiednio. Ocenę raportu i analizy przekazuje się wnioskodawcy.

Art. 73. 1. Po rozpatrzeniu stanowiska Rady Naukowej, minister właściwy do spraw zdrowia, może zakwalifikować daną procedurę medyczną za świadczenie gwarantowane albo rekomendowane.

2. W przypadku niezakwalifikowania danej procedury medycznej za świadczenie gwarantowane albo rekomendowane minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje wnioskodawcy informację wraz z uzasadnieniem.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przesyła niezwłocznie do Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych dokumenty, o których mowa w art. 72 ust. 6, wraz z informacją o zakwalifikowaniu procedury medycznej za świadczenie gwarantowane albo rekomendowane celem określenia ceny tego świadczenia.

4. Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, na podstawie przeprowadzonych badań i analiz, określa cenę danego świadczenia gwarantowanego albo rekomendowanego.

5. Informację o cenie ustalonej zgodnie z ust. 4 Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych przesyła niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wraz z niezbędnymi dokumentami.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 30 września danego roku, w drodze rozporządzenia:

- 1) procedury medyczne zakwalifikowane jak świadczenia gwarantowane, w tym dodatkowe świadczenia, o których mowa w art. 28 ust. 2;
  - 2) procedury medyczne zakwalifikowane jako świadczenia rekomendowane;
- wraz z ich cenami;
- 3) wysokość odpłatności ponoszonej przez świadczeniobiorcę za poszczególne świadczenia rekomendowane;
  - 4) wymagania warunkujące prawo stosowania przez świadczeniodawcę tych procedur
- uwzględniając stanowiska Rady Naukowej Agencji oraz kierując się dobrem pacjenta.

Art. 74. Do postępowań w sprawie rozpatrzenia wniosku w sprawie oceny procedur medycznych nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

## DZIAŁ V ZASADY PODLEGANIA UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU

### Rozdział 1 Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 75. Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

- 1) równego traktowania oraz solidarności społecznej;



2) zapewnienia ubezpieczonemu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej i art. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej.

Art. 76. 1. Obowiązkwowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

- 1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są:
  - a) pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,
  - b) rolnikami lub ich domownikami w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
  - c) osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi,
  - d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,
  - e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub osobami z nimi współpracującymi,
  - f) osobami duchownymi,
  - g) członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin,
  - h) osobami pobierającymi świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osobami pobierającymi zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osobami pobierającymi wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy,
  - i) osobami pobierającymi świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia;
- 2) żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydaci na żołnierzy zawodowych;
- 3) poborowi odbywający służbę zastępczą;
- 4) poborowi pełniący służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu;
- 5) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową;
- 6) policjanci;
- 7) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;
- 8) funkcjonariusze Agencji Wywiadu;
- 9) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu;
- 10) funkcjonariusze Straży Granicznej;
- 11) funkcjonariusze Służby Celnej;
- 12) funkcjonariusze Służby Więziennej;
- 13) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;
- 14) posłowie i senatorowie pobierający uposażenie poselskie albo senatorskie;
- 15) sędziowie i prokuratorzy;
- 16) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze;
- 17) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 18) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 19) dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego nieprzebywające w placówkach, o których mowa w pkt 18, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z zastrzeżeniem art. 83 pkt 3;
- 20) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1;

- 21) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2;
- 22) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej;
- 23) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15 roku życia niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 24) bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 25) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 2001 r. Nr 6, poz. 56, z późn. zm.<sup>8)</sup>) niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 26) osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 27) uchodźcy objęci indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 28) osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 29) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 30) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 31) kombatanci i osoby represjonowane niepodlegający ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty;
- 32) osoby korzystające z urlopu wychowawczego niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 33) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 34) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1-33 i 35;
- 35) członkowie rad nadzorczych pobierający z tego tytułu świadczenia pieniężne.

2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 17-20, 24-28, 30 i 33.

3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do małżonków, wobec których orzeczono separację prawomocnym wyrokiem sądu.

Art. 77. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu zgodnie z przepisami art. 85 i 86 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.

2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, którzy uzyskują po zgłoszeniu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób, o których mowa w ust. 2 i 3, ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.

5. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę średnią lub wyższą, wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów.

6. Osoba, o której mowa w ust. 2, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, 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.

<sup>8)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 142, poz. 1380, Nr 166, poz. 1608, Nr 203, poz. 1966, Nr 210, poz. 2036 i 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255.

7. Osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.

Art. 78. 1. Osoba niewymieniona w art. 76 ust. 1 może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem art. 9 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71.

2. Korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.

3. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6.

4. Podstawę wymiaru składki opłacanej przez:

1) osobę, o której mowa w ust. 1, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu;

2) korzystającego, o którym mowa w ust. 2, stanowi kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu;

3) osobę, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1 - 4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

5. Osoba, o której mowa w ust. 1, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Funduszem, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek.

6. Wolontariusz, o którym mowa w ust. 2, zostaje objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez korzystającego z Funduszem, a przestaje być nim objęty z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek.

7. Objęcie osoby, o której mowa w ust. 1, ubezpieczeniem zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty dodatkowej na rachunek Funduszu.

8. Wysokość opłaty dodatkowej jest uzależniona od okresu, w którym osoba, o której mowa w ust. 1, nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, i wynosi:

1) 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłaceniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku;

2) 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłaceniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej roku do 2 lat;

3) 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłaceniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 2 lat do 5 lat;

4) 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłaceniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 5 lat do 10 lat;

5) 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłaceniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 10 lat.

9. Opłata dodatkowa nie dotyczy osób wymienionych w art. 3 ust. 2.

10. Przy obliczaniu opłaty dodatkowej do okresu, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była ubezpieczona, dolicza się okres niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie dotychczasowych przepisów.

11. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby, o której mowa w ust. 1, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty dodatkowej lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na 12 rat.

12. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, o której mowa w ust. 1, i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, 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.

Art. 79. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. a i c-i, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym.

2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, powstaje od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, a ustaje z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu.

3. Pracownik korzystający z urlopu bezpłatnego ma prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w art. 77 ust. 4.

4. Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego każda osoba może ubezpieczyć się na zasadach określonych w art. 78.

Art. 80. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 2-4, powstaje z dniem powołania lub skierowania do służby, a wygasa z dniem zwolnienia z tej służby.

2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 5-13 i 15, powstaje z dniem nawiązania stosunku służbowego, a wygasa z dniem jego ustania.

Art. 81. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 14, powstaje z dniem przyznania im uposażenia, a wygasa z dniem utraty prawa do pobierania uposażenia.

Art. 82. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających emeryturę lub rentę powstaje od dnia, od którego przysługuje wypłata emerytury lub renty i wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia.

2. W przypadku zawieszenia prawa do renty socjalnej z przyczyn, o których mowa w art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz. U. Nr 135, poz. 1268), prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 90 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

3. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do osób w stanie spoczynku pobierających uposażenie lub pobierających uposażenie rodzinne oraz osób pobierających uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze.

Art. 83. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego:

1) uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 17, powstaje z dniem przyjęcia do szkoły lub zakładu kształcenia nauczycieli, a wygasa z dniem ukończenia szkoły lub zakładu kształcenia nauczycieli albo skreślenia z listy uczniów lub słuchaczy;

2) dzieci, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 18, przebywających w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej, powstaje z dniem przyjęcia do placówki albo domu, a wygasa z końcem pobytu w placówce bądź domu;

3) dzieci, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 19, powstaje z dniem uznania przez ośrodek pomocy społecznej zasadności objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem uznania, że ustala zasadność objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, nie później niż z dniem, w którym dziecko rozpoczyna realizację obowiązku szkolnego; ośrodek pomocy społecznej może odmówić uznania zasadności objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym lub uznać, że ustala konieczność i zasadność objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym dziecka spełniającego przesłanki określone w art. 76 ust. 1 pkt 19, jeżeli na podstawie wywiadu rodzinnego (środowiskowego) stwierdzi, iż warunki materialne opiekunów prawnych lub faktycznych dziecka umożliwiają jego ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych w art. 78;

4) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 20 i 22, powstaje z dniem immatrykulacji lub przyjęcia na studia doktoranckie i złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, a wygasa z dniem ukończenia szkoły wyższej lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich;

5) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 21, powstaje z dniem przyjęcia do wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub do zakonu albo jego odpowiedników, a wygasa z dniem ukończenia 25 roku życia albo wystąpienia z wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub zakonu albo jego odpowiedników;

6) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 23, powstaje z dniem przyznania stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do jego pobierania;

7) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 24, powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego, a wygasa z dniem utraty tego statusu;

8) osób pobierających świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny z urzędu pracy obejmuje okres od dnia przyznania prawa do świadczenia przedemerytalnego do dnia utraty prawa do jego pobierania, a w przypadku zasiłku przedemerytalnego - do jego wygaśnięcia, a w odniesieniu do osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 25 - obejmuje okres od dnia zarejestrowania się w urzędzie pracy do dnia przyznania prawa do zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego;

9) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 26, obejmuje okres od dnia przyznania zasiłku do dnia utraty prawa do zasiłku;

10) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 28, obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia pielęgnacyjnego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania do dnia utraty prawa do ich pobierania;

11) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 29, powstaje od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności, a wygasa z dniem zakończenia realizacji tego programu lub zaprzestania realizacji tego programu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

- 12) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 27, powstaje od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu integracji, a wygasa z dniem zakończenia lub wstrzymania realizacji tego programu;
- 13) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 30, powstaje po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego, a wygasa z dniem zakończenia realizacji programu lub zaprzestania realizacji programu w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu socjalnym;
- 14) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 31, powstaje z dniem złożenia w Urzędzie do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych oświadczenia o niepodleganiu przepisom o systemie ubezpieczeń społecznych i braku innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem ustania tych warunków;
- 15) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 32, powstaje z dniem rozpoczęcia urlopu, a wygasa z dniem zakończenia urlopu;
- 16) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 33, powstaje z dniem, w którym świadczenie alimentacyjne staje się wymagalne, a wygasa w dniu, w którym świadczenie to przestaje być wymagalne;
- 17) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 35, powstaje z dniem powołania na członka rady nadzorczej i przyznania świadczenia pieniężnego, a wygasa w dniu zaprzestania pełnienia tej funkcji.

Art. 84. 1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników oraz wymienionych w art. 85 i art. 86 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego lub do ubezpieczenia społecznego rolników, z zastrzeżeniem art. 90 i art. 96 ust. 6.

2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 2-15, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego, z zastrzeżeniem art. 90.

Art. 85. 1. Osoby pobierające emeryturę lub rentę zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwa dla wydania decyzji w sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, właściwy organ emerytalny lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę, albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.

2. Osoby pobierające uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, a także osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający to uposażenie lub świadczenie.

3. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 17, 18 i 20, zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli, szkoły wyższe, jednostki prowadzące studia doktoranckie, placówki pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze i domy pomocy społecznej.

4. Dzieci, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 19, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej na wniosek opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka albo z własnej inicjatywy.

5. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 21, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio wyższe seminarium duchowne albo teologiczne lub zakon albo jego odpowiednik.

6. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 22, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

7. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 23, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.

8. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 24 i 25, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego urząd pracy.

9. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 26, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej.

10. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 28, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego wójt, burmistrz lub prezydent miasta.

11. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 29 i 30, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub indywidualny program zatrudnienia socjalnego.

12. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 27, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji.

13. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 31, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.

14. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 32, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.

15. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 34, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te obowiązane są zgłosić się niezwłocznie w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu ich zarejestrowania.

16. Osoby, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 35, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający świadczenie pieniężne.

Art. 86. Osoby niewymienione w art. 84 i 85 do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszają się same.

Art. 87. 1. Zgłoszenia, o których mowa w art. 84 – 86, kierowane są do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

2. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, zawierają:

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

2) wskazanie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w przypadku osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 16, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

3) nazwisko i imię;

4) datę urodzenia;

5) adres zamieszkania;

6) numery PESEL i NIP, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

3. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, podmiot obowiązany do zgłoszenia ubezpieczonego przesyła również do Funduszu dane wymienione w ust. 2 oraz następujące dane dotyczące członka rodziny:

1) nazwisko i imię;

2) datę urodzenia;

3) adres zamieszkania;

4) stopień pokrewieństwa;

5) informację o znacznym stopniu niepełnosprawności;

6) numery PESEL i NIP, a w przypadku gdy członkowi rodziny nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;

7) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym – w przypadku osób, o których mowa w art. 5 pkt 3 lit c.

Art. 88. Na wniosek ministra właściwego do spraw finansów publicznych minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego przeprowadza kontrolę w:

1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych;

2) Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

- w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego określonych przepisami ustawy.

## Rozdział 2

### Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 89. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 90 ust. 1 i art. 92.

2. Składka jest miesięczna i niepodzielna.

Art. 90. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego.

2. Podstawą wymiaru składki dla rolnika prowadzącego działę specjalne produkcji rolnej jest ponadto deklarowana kwota odpowiadająca dochodowi ustalonymu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

3. Podstawą wymiaru składki dla rolnika, o którym mowa w art. 76 ust. 1 pkt 34, oraz dla domowników, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

4. Składka rolnika na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje członków jego rodziny, jeżeli nie są oni domownikami w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Art. 91. 1. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. a, d-i i pkt 3 i 11, stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 9.

2. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. c, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego wynagrodzenia. Składka w nowej wysokości obowiązuje od trzeciego miesiąca następnego kwartału.

3. Podstawę wymiaru składek dla osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 5-10, 12 i 13, stanowi kwota odpowiadająca uposażeniu tych osób.

4. Podstawę wymiaru składek osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 2 i 4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

5. Przy ustalaniu podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się wyłączeń wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz nie stosuje się ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

6. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza się o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe finansowanych przez ubezpieczonych niebędących płatnikami składek, potrąconych przez płatników ze środków ubezpieczonego, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych.

7. Podstawę wymiaru składek dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej będących w służbie kandydackiej stanowi kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia.

8. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla:

1) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 14 i 15, jest kwota odpowiadająca wysokości uposażenia albo wynagrodzenia tych osób;

2) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 16, jest kwota emerytury, renty z wyłączeniem dodatków, zasiłków, świadczeń pieniężnych i ryczałtu energetycznego, ekwiwalentu pieniężnego z tytułu prawa do bezpłatnego węgla oraz deputatu węglowego albo kwota uposażenia pobieranego w stanie spoczynku lub uposażenia rodzinnego, kwota uposażenia pobieranego po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężnego o takim samym charakterze, pomniejszona o kwotę zaliczoną na poczet emerytury lub renty;

3) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 17-20, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

4) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 22 i 23, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium;

5) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 24, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium, a w przypadku niepobierania przez bezrobotnego zasiłku lub stypendium - kwota odpowiadająca 40 % wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

6) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 25, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, a w przypadku niepobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego - kwota odpowiadająca 40% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

7) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 26, jest kwota odpowiadająca wysokości przyznanego zasiłku stałego z pomocy społecznej;

8) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 27 i 28, jest maksymalna kwota zasiłku stałego z pomocy społecznej;

9) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 29-31, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

10) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 32, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

11) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 33, jest kwota odpowiadająca kwocie faktycznie otrzymanych alimentów, nie wyższa jednak od wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

12) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 35, jest przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, otrzymywany z tytułu pełnionej funkcji.

9. W przypadku przyznania ubezpieczonemu prawa do emerytury, renty lub zasiłków z ubezpieczenia społecznego albo świadczeń pieniężnych dla cywilnych ofiar wojny za okres, za który ubezpieczony pobierał

świadczenie z innego organu rentowego lub ubezpieczony pobierał zasiłek, dodatek szkoleniowy, stypendium, lub inne świadczenie pieniężne z tytułu pozostawania bez pracy albo zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne w wysokości uwzględniającej zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych i składkę na ubezpieczenie zdrowotne – Zakład Ubezpieczeń Społecznych przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne odejmuje te kwoty od przyznanego świadczenia.

10. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. f i pkt 21, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku od przychodów osób duchownych, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

11. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, ich domowników oraz osób pobierających emeryturę lub rentę rolniczą, a także terminy i tryb ich opłacania, uwzględniając potrzebę zapewnienia terminowego opłacania składek.

Art.92. 1. W przypadku gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 76 ust. 1, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie.

2. W przypadku gdy w ramach jednego z tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego wymienionych w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. a, d-i, ubezpieczony uzyskuje więcej niż jeden przychód, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego z uzyskanych przychodów odrębnie.

3. Jeżeli ubezpieczony, o którym mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. c, uzyskuje przychody z więcej niż jednego z rodzajów działalności określonych w ust. 5, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana odrębnie od każdego rodzaju działalności, z zastrzeżeniem 4.

4. Jeżeli ubezpieczony, o którym mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. c, uzyskuje przychody z więcej niż jednej spółki w ramach tego samego rodzaju działalności, o której mowa w ust. 5 lit. a-f, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest odrębnie od każdej prowadzonej spółki.

5. Rodzajami działalności są:

- a) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki cywilnej,
- b) działalność gospodarcza prowadzona w formie jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością,
- c) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki jawnej,
- d) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki komandytowej,
- e) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki partnerskiej,
- f) wykonywanie działalności twórczej lub artystycznej jako twórca lub artysta,
- g) wykonywanie wolnego zawodu w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
- h) wykonywanie wolnego zawodu, z którego przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- i) inna niż określona w lit. a-h pozarolnicza działalność gospodarcza prowadzona na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

6. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 76 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku ubezpieczony ma obowiązek poinformować płatnika składek o opłacaniu składek z innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

7. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 76 ust. 1, gdy w każdym z tych tytułów składka finansowana jest z budżetu państwa, składka jest opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej. Jeżeli tytuły powstały równocześnie, składka jest opłacana z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

8. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę, której świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia, od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. c, w przypadku gdy osoba ta:

- 1) uzyskuje dodatkowe przychody z tego tytułu w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
- 2) opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.

9. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę zaliczoną do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. c, w przypadku gdy osoba ta:

- 1) uzyskuje przychody z tego tytułu w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
- 2) opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.



10. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana w wysokości nieprzekraczającej kwoty należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, w przypadku gdy osoba zaliczona do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności uzyskuje przychód jedynie z tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. c.

11. W przypadku gdy, osoba duchowna, która nie jest podatnikiem podatku ryczałtowego, uzyskuje przychód jedynie z tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w:

1) art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. a, albo

2) art. 76 ust. 1 pkt 16

- składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest wyłącznie z tytułu, z którego osoba ta uzyskuje przychód.

Art. 93. 1. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 95 ust. 1-12, zgodnie z przepisami art. 89-91 jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.<sup>9)</sup>), składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.

2. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:

1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek;

2) przychód ubezpieczonego zwolniony od podatku na podstawie umów o unikaniu podwójnego opodatkowania lub innych umów międzynarodowych, od którego płatnik nie odlicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 i 16;

1) przychód członka służby zagranicznej wykonującego obowiązki służbowe w placówce zagranicznej, z wyłączeniem dodatku zagranicznego i innych świadczeń przysługujących tym osobom;

4) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 74 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 16

- składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 89-91.

3. W przypadku nieobliczania zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych przez płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.

4. Płatnik składek przekazuje w formie elektronicznej do centrali Funduszu zestawienie składek na ubezpieczenie zdrowotne, pobranych z uwzględnieniem obniżenia określonego w ust. 1, zawierające informację o wysokości tych składek, jeżeli były ustalane zgodnie z przepisami niniejszego rozdziału.

5. Zestawienie, o którym mowa w ust. 4, powinno zawierać ponadto następujące dane:

1) imię i nazwisko ubezpieczonego;

2) adres zamieszkania ubezpieczonego;

3) numer PESEL oraz numer NIP ubezpieczonego;

4) serię i numer dowodu osobistego lub paszportu ubezpieczonego - w przypadku nieposiadania numerów, o których mowa w pkt 3, albo jednego z nich;

5) nazwę (firmę), adres siedziby oraz kod płatnika;

6) numer NIP oraz numer REGON płatnika.

6. Płatnik składek rozliczający składki nie więcej niż za 5 osób może przekazywać zestawienia składek, o których mowa w ust. 4, w formie dokumentu pisemnego według ustalonego przez Fundusz wzoru.

Art. 94. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, z zastrzeżeniem art. 95 i 96.

Art. 95. 1. Za osobę pozostającą w stosunku pracy, w stosunku służbowym albo odbywającą służbę zastępczą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza pracodawca, a w razie wypłaty świadczeń pracowniczych z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, o których mowa w ustawie z dnia 29 grudnia 1993 r. o ochronie roszczeń

<sup>9)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 19, poz. 199, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 78, poz. 715, Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182, Nr 169, poz. 1384, Nr 181, poz. 1515, Nr 200, poz. 1679 i Nr 240, poz. 2058 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79.

pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 85, z późn. zm.<sup>10)</sup>) - podmiot obowiązany do wypłaty tych świadczeń.

2. Za osobę pobierającą świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot, który wypłaca to świadczenie.

3. Za funkcjonariuszy, o których mowa w art. 91 ust. 7, składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza szkoła Państwowej Straży Pożarnej.

4. Za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług oraz za osobę z nią współpracującą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza zamawiający.

5. Za osobę pobierającą świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, osobę pobierającą wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie lub w okresie korzystania ze świadczenia górniczego składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający świadczenie, zasiłek lub wynagrodzenie.

6. Za bezrobotnego pobierającego zasiłek lub stypendium, osobę pobierającą zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza właściwy urząd pracy.

7. Za członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz członków ich rodzin składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza spółdzielnia.

8. Za osobę pobierającą uposażenie posła albo senatora składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Kancelaria Sejmu albo Kancelaria Senatu.

9. Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty emerytury lub renty, o której mowa w art. 91 ust. 8 pkt 2 i ust. 9, i odprowadza jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych właściwa do wydawania decyzji w sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, inny organ emerytalno - rentowy lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę, albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy.

10. Za osobę pobierającą uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza wypłacający to uposażenie lub świadczenie.

11. Za osobę, o której mowa w art. 76 ust. 1 pkt 22, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

12. Za osobę, o której mowa w art. 76 ust. 1 pkt 23, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający stypendium.

13. Za osobę współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność składkę oblicza, odprowadza i finansuje ze środków własnych osoba prowadząca pozarolniczą działalność.

14. Za osobę korzystającą z urlopu wychowawczego składkę na ubezpieczenie zdrowotne oblicza pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.

15. Za członka rady nadzorczej składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający to świadczenie pieniężne.

Art. 96. 1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) rolników, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, oraz domowników, z wyjątkiem rolników prowadzących działy specjalne produkcji rolnej, opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 2) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 2, opłaca Minister Obrony Narodowej;
- 3) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 4, opłaca minister właściwy do spraw wewnętrznych;
- 4) dzieci, uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 17 i 18, przebywających w placówce pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze lub w domu pomocy społecznej opłaca placówka lub dom, a uczniów i słuchaczy nieprzebywających w takiej placówce lub domu, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, opłaca szkoła lub zakład kształcenia nauczycieli, do którego uczeń lub słuchacz uczęszcza;
- 5) dzieci, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 19, opłaca ośrodek pomocy społecznej;
- 6) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 20, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia;
- 7) bezrobotnych niepobierających zasiłku oraz osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 25, opłaca właściwy urząd pracy;
- 8) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 26, opłaca ośrodek pomocy społecznej;

<sup>10)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 127, poz. 1088, Nr 155, poz. 1287 i Nr 199, poz. 1673 oraz z 2003 r. Nr 210, poz. 2037 i Nr 229, poz. 2271.

- 9) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 28, opłaca wójt burmistrz lub prezydent miasta;
- 10) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 27 opłaca powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji;
- 11) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 29 i 30, opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub indywidualny program zatrudnienia socjalnego;
- 12) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 31, opłaca Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych;
- 13) osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 32, opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 14) osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1 i 4, jeżeli zostały uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają lub będą odbywać studia.

2. Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 34, a także osób, którym przyznano renty na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz członków ich rodzin, jak również osób, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji niewypałów i niewybuchów pozostałych po tych działaniach, otrzymujących dochody z tytułu emerytury lub renty zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych na podstawie odrębnych przepisów są finansowane z budżetu państwa.

3. Środki z budżetu państwa na składki wymienione w ust. 1 pkt 4 i 7 otrzymują jednostki samorządu terytorialnego jako dotacje celowe na zadania z zakresu administracji rządowej.

4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne duchownych oraz alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantów, nowicjuszy i juniorystów i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku od przychodów osób duchownych, są finansowane z Funduszu Kościelnego.

5. Na opłacenie składek, o których mowa w ust. 4, Fundusz Kościelny otrzymuje dotację z budżetu państwa.

6. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. b, opłacana jest od pierwszego dnia miesiąca, w którym złożono zgłoszenie do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, do ostatniego dnia miesiąca, w którym ustały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Art. 97. 1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 94 – 96, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić i rozliczyć składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianym dla składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli do tych osób i jednostek nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym - w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.

2. W przypadku rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur i rent Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

- 1) nie przekazuje imiennych raportów miesięcznych;
- 2) wykazuje składki w odrębnej deklaracji rozliczeniowej.

3. Od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobiera się odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) osób wymienionych w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. a i c-i, pkt 2-33 i 35 oraz w art. 78 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2;
- 2) osób wymienionych w art. 76 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 16 pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz osób wymienionych w art. 76 ust. 1 pkt 34 są opłacane i ewidencjonowane w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

5. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do centrali Funduszu.

6. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne i należności pochodne od składek niezwłocznie do centrali Funduszu, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich wpływu na rachunek, o którym mowa w art. 47 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane o ubezpieczonych, o których mowa w art. 196 ust. 4 pkt 1 i 8-10, i opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 87 ust. 1, i w imiennym raporcie miesięcznym, i odsetkach za zwłokę, nie później niż w ciągu 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających ustalenie ich wysokości i rozdzielenie ich na ubezpieczonych.

8. Centrala Funduszu jest uprawniona do nieodpłatnego dostępu do informacji o ubezpieczonym i opłacanej przez niego składce, w zakresie niezbędnym do realizacji ubezpieczenia zdrowotnego, znajdujących się w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane, o których mowa w art. 196 ust. 4 pkt 1, 3-4 i 8-11, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 87 ust. 1, po przeprowadzeniu ich weryfikacji, polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL.

10. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu sprawozdanie zawierające informacje, w podziale na poszczególnych ubezpieczonych, o należnej składce z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, podane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 87 ust. 1, i w imiennych raportach miesięcznych, za dany kwartał, nie później niż do ostatniego dnia drugiego miesiąca następującego po tym kwartale.

11. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.

12. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, terminy, zakres i tryb weryfikacji danych ubezpieczonych, o której mowa w ust. 9, oraz sposób postępowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w razie stwierdzenia ich niezgodności oraz tryb dokonywania niezbędnych korekt w przypadku stwierdzenia niezgodności przekazywanych danych, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.

Art. 98. Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącają się przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,25 % kwoty tej części składek przekazanych do centrali Funduszu, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego) również w zakresie wysokości wpłat.

Art. 99. Od kwoty nieprzekazanych w terminie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami, Fundusz pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

Art. 100.1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przeprowadzają kontrolę wykonywania obowiązków płatników w zakresie zgłoszenia ubezpieczonych do Funduszu i opłacania składki.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Funduszu, może zobowiązać Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, określając jednocześnie jej zakres przedmiotowy i podmiotowy.

3. Do zakresu kontroli, o której mowa w ust. 1, należy kontrola rzetelności:

- 1) zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych tym ubezpieczeniem;
- 2) deklarowanych podstaw obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne, prawidłowości obliczania, opłacania i odprowadzania składki.

4. Fundusz analizuje uzyskane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane, o których mowa w ust. 3, oraz występuje z wnioskami do tych instytucji.

Art. 101. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego comiesięcznie przekazują ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje dotyczące wysokości wpłat z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne i środków przekazanych z tego tytułu do Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres danych zawartych w informacjach, o których mowa w ust. 1, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi.

Art. 102. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 76 ust. 1 pkt 5-13, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą

jednostką, uwzględniając sposób zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz względy obronności państwa.

Art. 103. 1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz należności z tytułu odsetek za zwłokę nieopłacone w terminie podlegają ściągnięciu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

2. Należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ulegają przedawnieniu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

Art. 104. 1. Zwrot nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne następuje na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

2. Zwrotu nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne nie można dochodzić, jeżeli od dnia ich opłacenia upłynęło 5 lat.

3. Od nienależnie pobranej emerytury, renty albo świadczenia pieniężnego dla cywilnych ofiar wojny składka na ubezpieczenie zdrowotne nie podlega zwrotowi.

Art. 105. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu:

1) od podatku dochodowego od osób fizycznych - na zasadach określonych w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych;

2) od ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, karty podatkowej oraz zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych - na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. Nr 144, poz. 930, z późn. zm.<sup>11)</sup>).

2. Odliczenia, o których mowa w ust. 1, nie mogą powodować zmniejszenia dochodów jednostek samorządu terytorialnego.

## DZIAŁ VI NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

### Rozdział 1 Przepisy ogólne

Art. 106. 1. Tworzy się Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.

3. Siedzibą Funduszu jest miasto stołeczne Warszawa.

4. Fundusz działa na podstawie ustawy i statutu.

Art. 107. 1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 124.

2. Do zakresu działania Funduszu należy również:

1) promocja zdrowia;

2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;

3) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów w szczególności w oparciu o wyniki działalności Agencji oraz Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;

4) dokonywanie wyborów realizatorów programów zdrowotnych;

5) wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności programów zdrowotnych;

6) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;

7) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

3. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;

2) gromadzenia danych o osobach ubezpieczonych w Funduszu;

3) gromadzenia danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

4) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;

---

<sup>11)</sup> Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 125, poz. 1363 i 1369 i Nr 134, poz. 1509 oraz z 2002 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 169, poz. 1384, Nr 172, poz. 1412 i Nr 200, poz. 1679.

5) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

4. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej.

5. Fundusz nie prowadzi zakładów opieki zdrowotnej, nie może być ich właścicielem ani nie może posiadać w jakiegokolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej lub apteki, w szczególności nie może być akcjonariuszem lub udziałowcem spółek prowadzących zakłady opieki zdrowotnej, akcjonariuszem lub udziałowcem spółek prowadzących obrót lekami.

6. Zadania Funduszu określone w ust. 1 i ust. 2 pkt 2, 3 i 5 w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 108 ust. 5, z uwzględnieniem potrzeb wynikających z planu zdrowotnego dla służb mundurowych.

Art. 108. 1. W skład Funduszu wchodzi:

1) centrala Funduszu;

2) oddziały wojewódzkie Funduszu.

2. Techniczno-organizacyjną obsługę organów Funduszu zapewnia centrala Funduszu.

3. Oddziały wojewódzkie Funduszu tworzone są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa.

4. W oddziałach wojewódzkich Funduszu mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach określonych w statucie Funduszu.

5. W centrali Funduszu tworzy się komórkę organizacyjną do spraw służb mundurowych.

6. W oddziałach wojewódzkich Funduszu tworzy się komórki organizacyjne do spraw służb mundurowych.

7. Kierowników komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 5 i 6, powołują na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych:

1) w centrali Funduszu - Prezes Funduszu,

2) w oddziałach wojewódzkich Funduszu - dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego - z zastrzeżeniem ust. 9.

8. Prezes Funduszu występuje do Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych o przedstawienie wniosku, o którym mowa w ust. 7. Wniosek powinien być przedstawiony w terminie do 30 dni.

9. W przypadku nieprzedstawienia w terminie wniosku, o którym mowa w ust. 7, kierowników komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 5 i 6, powołują odpowiednio:

1) w centrali Funduszu - Prezes Funduszu;

2) w oddziałach wojewódzkich Funduszu - dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego.

10. Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje statut Funduszowi, określając w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu i siedziby oddziałów wojewódzkich Funduszu mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Fundusz oraz przepisy ust. 3 - 6.

Art. 109. 1. Organami Funduszu są:

1) Prezes Funduszu;

2) Rada Funduszu.

2. W sprawach niezastrzeżonych do zakresu zadań Rady Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego organem właściwym jest Prezes Funduszu.

Art. 110. 1. Rada Funduszu składa się z 8 osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów na 5 lat, przy czym:

1) 1 członka - powołuje się na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich;

2) 1 członka powołuje się na wniosek strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

2. Rada Funduszu działa na podstawie uchwalonego przez siebie na pierwszym posiedzeniu regulaminu.

3. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wynagrodzenie członków Rady Funduszu, uwzględniając zakres zadań Rady.

4. W skład Rady Funduszu wchodzi osoby, które spełniają łącznie kryteria:

1) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione umyślnie;

2) posiadają wykształcenie wyższe;

3) posiadają wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady Funduszu;

- 4) posiadają uprawnienia konieczne do zasiadania w radach nadzorczych jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, zgodnie z odrębnymi przepisami.
5. Członkowie Rady Funduszu nie mogą być jednocześnie:
  - 1) pracownikami Funduszu;
  - 2) świadczeniodawcami;
  - 3) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
  - 4) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
  - 5) członkami organów lub pracownikami Agencji lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
  - 6) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151);
  - 7) pracownikami urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

Art. 111. 1. Do zadań Rady Funduszu należy w szczególności:

- 1) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu w trybie określonym w art. 112 ust. 2;
- 2) odwoływanie Prezesa Funduszu w przypadku, o którym mowa w art. 112 ust. 3;
- 3) powoływanie i odwoływanie zastępców Prezesa Funduszu w trybie określonym w art. 113 ust. 2 i 3;
- 4) powoływanie i odwoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii właściwego sejmiku województwa;
- 5) uchwalanie rocznego planu finansowego Funduszu, uchwalanie planu pracy Funduszu i przyjmowanie kwartalnych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu oraz uchwalanie rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych;
- 6) podejmowanie uchwał dotyczących majątku Funduszu, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu;
- 7) opiniowanie systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
- 8) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu.

2. Uchwały w sprawach określonych w ust. 1 pkt 1-4, są podejmowane przez Radę Funduszu większością 3/4 głosów, przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby jej członków.

3. W sprawach innych niż określone w ust. 1 pkt 1-4, Rada Funduszu podejmuje uchwały większością głosów przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Rady.

4. Prezes Rady Ministrów odwołuje członka Rady Funduszu przed upływem kadencji, z zastrzeżeniem art. 175 ust. 1 pkt 1, w przypadku:

- 1) rezygnacji ze stanowiska;
- 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
- 3) nieuzasadnionego niestawiennictwa na 4 posiedzeniach Rady Funduszu przez okres nie krótszy niż 3 miesiące;
- 4) naruszenia przepisów art. 110 ust. 5;
- 5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.

5. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu Prezes Rady Ministrów może odwołać także na podstawie wniosku podmiotu, który wnioskował o jego powołanie.

6. W przypadku odwołania członka Rady Funduszu albo jego śmierci przed upływem jego kadencji, Prezes Rady Ministrów powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy art. 110 ust. 1 stosuje się odpowiednio.

7. Przepisu ust. 6 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji członka Rady Funduszu pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia odwołania albo jego śmierci.

Art. 112. 1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.

2. Prezesa Funduszu powołuje i odwołuje Rada Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych Rada Funduszu może odwołać Prezesa Funduszu bez wniosku, o którym mowa w ust. 2. W takim przypadku Rada Funduszu niezwłocznie informuje ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych o podjętej w tej sprawie uchwale, przedstawiając jej uzasadnienie.

4. Rada Funduszu ustala wynagrodzenie Prezesa Funduszu.

5. Do zakresu działania Prezesa Funduszu należy:

- 1) bieżące zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu;
- 2) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;
- 3) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
- 4) sporządzanie rocznych planów finansowych, rocznych sprawozdań z wykonania planu finansowego Funduszu i sprawozdań finansowych oraz niezwłocznie przedkładanie ich ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych.
- 5) wnioskowanie do Rady Funduszu o powołanie albo odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego;
- 6) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;
- 7) sporządzanie projektów planu pracy Funduszu i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu i przedkładanie ich, w terminie 7 dni od dnia przyjęcia przez Radę Funduszu, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 8) bieżące nadzorowanie działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 9) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu podlegających badaniu w trybie art. 172, w terminie 3 dni roboczych od dnia ich uchwalenia;
- 10) przygotowanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz wpływów i wydatków;
- 11) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;
- 12) przedstawianie Radzie Funduszu propozycji w sprawie systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
- 13) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, jednostkami samorządu terytorialnego, innymi instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi i organizacjami pracodawców;
- 14) nabywanie i zaciąganie zobowiązań w imieniu Funduszu;
- 15) powoływanie i odwoływanie zastępców dyrektorów oddziałów wojewódzkich oraz głównych księgowych, na wniosek dyrektorów oddziałów wojewódzkich;
- 16) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników centrali Funduszu;
- 17) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;
- 18) rozpatrywanie odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego;
- 19) rozpatrywanie odwołań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 20) ustalanie rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na następny rok.

6. Prezes Funduszu przy sporządzaniu projektu planu finansowego Funduszu bierze pod uwagę wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych.

7. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, Prezesa Funduszu zastępuje, na podstawie jego pisemnego upoważnienia, jeden z zastępców Prezesa Funduszu. W przypadku śmierci osoby pełniącej funkcję Prezesa Funduszu lub niemożności udzielenia przez niego takiego upoważnienia - upoważnienia udziela Rada Funduszu.

8. Prezes Funduszu może udzielić zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu, dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu i innym pracownikom Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych i upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych w wykonaniu zadań, o których mowa w ust. 5.

9. Pełnomocnictwa udzielone dyrektorom i innym pracownikom oddziałów wojewódzkich Funduszu obejmują w szczególności sprawy związane z rozpatrywaniem indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, z wyłączeniem spraw o których mowa w ust. 5 pkt. 18.

10. Pełnomocnictwa i upoważnienia, o których mowa w ust. 8 i 9, są udzielane na piśmie pod rygorem nieważności.

Art. 113. 1. Prezes Funduszu wykonuje swoje zadania przy pomocy trzech zastępców Prezesa.

2. Zastępców Prezesa powołuje i odwołuje Rada Funduszu, na wniosek Prezesa Funduszu, i ustala ich wynagrodzenie, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych powołuje i odwołuje Rada Funduszu, na wniosek Prezesa Funduszu przedstawiony po uzgodnieniu z Ministrem Obrony Narodowej, ministrem właściwym do spraw wewnętrznych oraz Ministrem Sprawiedliwości.

4. Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa określa statut Funduszu.

5. Prezes Funduszu, jego zastępcy i pracownicy Funduszu nie mogą być jednocześnie:

- 1) członkami Rady Funduszu;
- 2) świadczeniodawcami;
- 3) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;



- 4) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
- 5) członkami organów lub pracownikami Agencji lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 6) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

Art. 114. 1. Roczny plan finansowy Funduszu, sprawozdanie finansowe Funduszu, sprawozdanie z działalności Funduszu, Prezes Funduszu publikuje, w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski B".

2. Plany i sprawozdania, o których mowa w ust. 1, oraz roczny plan pracy Funduszu podlegają opublikowaniu na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz na stronie internetowej Funduszu.

Art. 115. Fundusz w celach informacyjnych i promocyjnych wydaje Biuletyn Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 116. 1. Oddziałem wojewódzkim Funduszu kieruje dyrektor.

2. Do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:

- 1) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 2) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 3) realizacja planu finansowego Funduszu w zakresie, w jakim dotyczy danego oddziału wojewódzkiego;
  - 4) kontrola świadczeniodawców i aptek;
  - 5) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników oddziału wojewódzkiego Funduszu;
  - 6) monitorowanie, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 7) nabywanie praw i zaciąganie zobowiązań w imieniu Funduszu na podstawie upoważnienia Prezesa Funduszu, z wyjątkiem spraw, o których mowa w pkt 1;
  - 8) wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 9) wykonywanie innych zadań zleconych przez Prezesa Funduszu;
  - 10) kierowanie bieżącą działalnością oddziału;
  - 11) udzielanie informacji, na żądanie Prezesa Funduszu lub Rady Funduszu, o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego.
3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wykonywać inne niż określone w ust. 2 zadania na podstawie pisemnego upoważnienia Prezesa Funduszu.

Art. 117. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń.

2. Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych.

3. Wniosek o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w ust. 1, zgłasza ubezpieczony.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje sprawy, o których mowa w ust. 1, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia ich wniesienia, wydając decyzję. Uzasadnienie decyzji sporządza się z urzędu.

5. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w ust. 1, wnosi się do Prezesa Funduszu w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania.

Art. 118. Od decyzji Prezesa Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 119. Do postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego rolników i osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających emerytury lub renty rolnicze stosuje się przepisy o ubezpieczeniu społecznym rolników, z wyjątkiem osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających renty strukturalne wypłacane przez inną instytucję niż Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Art. 120. 1. W oddziałach wojewódzkich działają rady oddziałów jako organy opiniodawczo - doradcze.

2. W skład rady oddziału wchodzi 11 ubezpieczonych zamieszkujących na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego.

3. Członkowie rady oddziału powoływani są przez Prezesa Funduszu na wniosek:

- 1) sejmiku województwa - 4 członków;
  - 2) Okręgowej Rady Lekarskiej – 1 członek, a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada lekarska, delegują one wspólnego kandydata;
  - 3) Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – 1 członek, a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada pielęgniarek i położnych, delegują one wspólnego kandydata;
  - 4) Okręgowej Rady Aptekarskiej – 1 członek, a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada aptekarska, delegują one wspólnego kandydata;
  - 5) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych – 1 członek;
  - 6) właściwego wojewody – 1 członek;
  - 7) właściwej miejscowo jednostki organizacyjnej Federacji Konsumentów – 2 członków;
- spełniający wymagania określone w ust. 4.

3. Kadencja rady oddziału trwa cztery lata licząc od dnia pierwszego posiedzenia rady oddziału. Pierwsze posiedzenie rady oddziału zwołuje Prezes Funduszu.

4. W skład rad oddziałów mogą wchodzić wyłącznie osoby, które:

- 1) korzystają z pełni praw publicznych;
- 2) posiadają wykształcenie wyższe;
- 3) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione umyślnie.

5. Członkowie rad oddziałów wybierają spośród swojego grona przewodniczącego.

6. Do zadań rad oddziału należy:

- 1) opiniowanie wojewódzkiego planu zdrowotnego, o którym mowa w art. 201 ust. 1 pkt 1;
- 2) opiniowanie rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu w części dotyczącej danego oddziału wojewódzkiego;
- 3) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
- 4) opiniowanie kandydata na dyrektora oddziału;
- 5) opiniowanie rocznej pracy dyrektora oddziału i przedstawianie w tym zakresie wniosków do Prezesa Funduszu.

7. Przed upływem kadencji mandat członka rady oddziału wygasa w przypadku:

- 1) śmierci członka rady;
- 2) rezygnacji z mandatu;
- 3) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
- 4) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.

8. W przypadkach wygaśnięcia mandatu członka rady oddziału dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiadamia podmiot, który wnioskował o powołanie członka rady oddziału.

9. Członkom rady oddziału nie przysługuje wynagrodzenie. Członkom rady oddziału przysługuje zwrot kosztów podróży, zakwaterowania i diety na zasadach określonych w przepisach w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej, z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

10. Rada oddziału działa na podstawie uchwalonego przez siebie na pierwszym posiedzeniu regulaminu na podstawie projektu przedstawionego przez dyrektora oddziału wojewódzkiego.

## Rozdział 2

### Gospodarka finansowa Funduszu

Art. 121. Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

Art. 122. Środki finansowe funduszu są środkami publicznymi.

Art. 123. 1. Tworzy się fundusz podstawowy i fundusz zapasowy Funduszu.

2. Fundusz zapasowy zwiększa się o zatwierdzony zysk netto za rok obrotowy.

3. Fundusz zapasowy zmniejsza się o zatwierdzoną stratę netto za rok obrotowy.

Art. 124. Środki finansowe Funduszu pochodzą z następujących źródeł:

- 1) z należnych składek z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego;

- 2) z odsetek od nieopłaconych w terminie składek;
- 3) z darowizn i zapisów;
- 4) z zadań zleconych;
- 5) z krótkoterminowych kredytów i pożyczek;
- 6) z dotacji;
- 7) z tytułu roszczeń regresowych;
- 8) z dochodów z lokat;
- 9) z innych źródeł.

Art. 125. Środki finansowe Funduszu rozdysponowuje się na:

- 1) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;
- 2) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) finansowanie wydatków na refundację leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
- 4) finansowanie zadań zleconych;
- 5) finansowanie działalności Funduszu, w szczególności finansowanie wydatków inwestycyjnych, wydatków związanych z utrzymaniem nieruchomości, wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i kosztów podróży;
- 6) finansowanie poboru i ewidencji składek;
- 7) spłatę krótkoterminowych kredytów i pożyczek wraz z odsetkami;
- 8) wypłatę odszkodowań;
- 9) finansowanie opłaty, o której mowa w art. 71 ust. 4;
- 10) inne wydatki wynikające z odrębnych przepisów.

Art. 126. 1. Fundusz sporządza coroczny plan finansowy zrównoważony w zakresie wpływów i wydatków.

2. W planie finansowym Funduszu określa się wysokość wydatków dla centrali i poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz wysokość łącznych wpływów i wydatków Funduszu.

3. W planie finansowym, w części dotyczącej centrali uwzględnia się środki finansowe na świadczenia wysokospecjalistyczne.

4. W planowanych wydatkach uwzględnia się rezerwę ogólną w wysokości 1% planowanych wpływów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Art. 127.1. Fundusz ustala wysokość środków finansowych określonych dla oddziałów wojewódzkich Funduszu na wydatki związane ze świadczeniami zdrowotnymi dla ubezpieczonych, z uwzględnieniem art. 126 ust. 3 oraz przy uwzględnieniu w szczególności następujących zasad:

- 1) podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale Funduszu z uwzględnieniem ryzyk zdrowotnych przypisanych ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia;
- 2) wysokość środków określonych w pkt 1 koryguje się przez uwzględnienie migracji ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim do świadczeniodawców z innego oddziału wojewódzkiego.

2. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu uwzględniając zasady wymienione w ust. 1.

Art. 128. 1. Fundusz, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, w terminie do dnia 30 czerwca sporządza coroczną prognozę wpływów na kolejne 3 lata.

2. Fundusz, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia, w terminie do dnia 30 czerwca sporządza coroczną prognozę wydatków na kolejne 3 lata.

3. Prognozy, o których mowa w ust. 1 i 2, są podstawą do sporządzenia planu finansowego na rok następny.

4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje udzielają nieodpłatnie Funduszowi informacji koniecznych do sporządzenia prognoz, o których mowa w ust. 1 i 2.

Art. 129.1. Prezes Funduszu sporządza projekt planu finansowego w terminie do dnia 10 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

2. Prezes Funduszu niezwłocznie przedstawia projekt planu finansowego, w celu zaopiniowania, Komisji Finansów Publicznych Sejmu. Niewydanie opinii w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu planu finansowego jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.

3. Prezes Funduszu niezwłocznie przedstawia projekt planu finansowego wraz z opinią, o której mowa w ust. 2, Radzie Funduszu.

4. Rada Funduszu uchwała plan finansowy Funduszu w terminie do 31 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

5. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia zatwierdza, w drodze zarządzenia, plan finansowy Funduszu, w terminie do dnia 15 września roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

6. W przypadku, gdy projekt planu finansowego narusza prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych lub prowadzi do niezrównoważenia wpływów i wydatków Funduszu, Rada Funduszu zaleca Prezesowi Funduszu, w drodze uchwały, usunięcie nieprawidłowości w projekcie planu finansowego. W uchwale Rada Funduszu określa termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.

7. W przypadku braku uchwały Rady Funduszu w sprawie przyjęcia przedstawionego przez Prezesa Funduszu projektu planu finansowego Funduszu w przewidzianym w ust. 4 terminie, posiedzenie Rady Funduszu niezwłocznie zwołuje minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia w trybie art. 176.

8. W przypadku niepodjęcia przez Radę Funduszu uchwały w sprawie przyjęcia planu finansowego Funduszu na posiedzeniu, o którym mowa w ust. 7, minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania określone w trybie art. 174, a projekt planu finansowego sporządzony przez Prezesa Funduszu podlega zatwierdzeniu w trybie ust. 5.

9. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia odmawiają, w drodze zarządzenia, zatwierdzenia planu finansowego Funduszu w przypadku gdy plan finansowy narusza prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych lub prowadzi do niezrównoważenia wpływów i wydatków Funduszu. Minister właściwy do spraw finansów publicznych po uzyskaniu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia zaleca Prezesowi Funduszu usunięcie nieprawidłowości we wskazanym terminie.

10. Prezes Funduszu zmienia plan finansowy z uwzględnieniem zaleceń, o których mowa w ust. 9, i niezwłocznie przedstawia go ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia.

11. W przypadku nieusunięcia przez Prezesa Funduszu nieprawidłowości, o których mowa w ust. 6 albo ust. 9:

- 1) odpowiednio, Rada Funduszu albo minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia dokonują zmian w planie finansowym Funduszu, oraz
- 2) minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania określone w trybie art. 174.

Art. 130. 1. Fundusz może dokonać zmiany planu finansowego, w przypadku zaistnienia sytuacji związanych z wykonaniem planu finansowego, których nie można było przewidzieć w chwili przyjmowania i zatwierdzania planu.

2. Każdej zmiany planu finansowego dokonuje się zgodnie z zasadami, o których mowa w art. 127 ust. 1.

3. Zmiana planu finansowego następuje w trybie określonym dla uchwalania planu.

4. Fundusz, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych i ministra właściwego do spraw zdrowia, może dokonać przesunięcia wydatków pomiędzy poszczególnymi pozycjami planu finansowego.

5. Przesunięcia wydatków, o których mowa w ust. 4, można dokonać w ramach części planu finansowego dotyczącego oddziału wojewódzkiego albo centrali Funduszu.

6. Przesunięcie wydatków, o których mowa w ust. 4, nie wymaga zmiany planu finansowego w trybie określonym dla uchwalania planu finansowego.

7. Fundusz może uruchomić rezerwę ogólną po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia. Uruchomienie rezerwy ogólnej nie wymaga zmiany planu finansowego w trybie określonym dla uchwalania planu finansowego.

Art. 131. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza nie później niż w ciągu 2 miesięcy od zakończenia roku roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu dla oddziału.

2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez Radę Funduszu, po zasięgnięciu opinii rady oddziału, w terminie 15 dni od dnia otrzymania.

Art. 132. 1. Fundusz, za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych, w celu zapewnienia płynności finansowej, może zaciągać krótkoterminowe pożyczki i kredyty. Wysokość rat kredytów i pożyczek przypadających do spłaty w danym roku nie może przekroczyć wysokości rezerwy ogólnej przewidzianej w planie finansowym na dany rok.

2. Fundusz jest obowiązany lokować swoje środki na rachunkach bankowych w bankach, których kapitał własny wynosi co najmniej 100.000.000 zł, w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa i rentowności przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków.

Art. 133. 1. Fundusz prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694), z wyjątkiem art. 80 ust. 3.

2. Centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu sporządzają samodzielne sprawozdania finansowe.

3. Łączne sprawozdanie finansowe Funduszu sporządza centrala Funduszu.

4. Sprawozdanie finansowe, o którym mowa w ust. 3, podlega badaniu przez biegłego rewidenta oraz zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Minister właściwy do spraw finansów publicznych i minister właściwy do spraw zdrowia może żądać dodatkowych danych dotyczących sprawozdania finansowego.

Art. 134. 1. Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznacza się w szczególności na:

- 1) pokrycie strat z lat ubiegłych lub
- 2) fundusz zapasowy Funduszu.

2. O przeznaczeniu zysku decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych. Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych odnośnie sposobu podziału zysku.

Art. 135. 1. Fundusz, na podstawie sprawozdań, o których mowa w art. 131, sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu, nie później niż w ciągu 3 miesięcy od zakończenia roku, którego dotyczy sprawozdanie.

2. Rada Funduszu przyjmuje sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, w terminie 15 dni od momentu otrzymania.

3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia i po uzyskaniu opinii Komisji Finansów Publicznych Sejmu.

Art. 136. 1. Fundusz jest obowiązany do sporządzania okresowych sprawozdań dotyczących wykonania planu finansowego oraz przekazywania ich ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu, w tym:

- 1) rodzaje sprawozdań, o których mowa w ust. 1, sposób ich tworzenia oraz terminy przekazywania;
  - 2) sposób tworzenia planu finansowego i rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego oraz ich wzory,
- uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi.

## DZIAŁ VII

### POSTĘPOWANIE W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW ZE ŚWIADCZENIODAWCAMI

Art. 137. 1. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem.

2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w niniejszym dziale.

3. Fundusz nie może zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń zdrowotnych u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Funduszem.

4. Świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie.

5. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Art. 138. Świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi. Przepisy art. 137 ust. 3 art. 139 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 139. 1. Fundusz może zawierać umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotami realizującymi koordynowaną opiekę zdrowotną. Podmioty te odpowiadają solidarnie za realizację umowy.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, podmioty realizujące koordynowaną opiekę zdrowotną ustanawiają spośród siebie pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia tej umowy.

3. Pełnomocnik, o którym mowa w ust. 2, reprezentuje podmioty realizujące koordynowaną opiekę zdrowotną.

4. Przepisy dotyczące świadczeniodawcy stosuje się odpowiednio do podmiotów, o których mowa w ust.1.

Art. 140. Świadczeniodawcy realizujący koordynowaną opiekę zdrowotną zawierają umowę, która określa w szczególności:

- 1) zakres świadczeń udzielanych przez każdego z nich;
- 2) zakres odpowiedzialności majątkowej z tytułu umowy;
- 3) wskazanie pełnomocnika reprezentującego pozostałych świadczeniodawców realizujących koordynowaną opiekę zdrowotną;
- 4) kwotę, do której pełnomocnik, o którym mowa w pkt 3, może zaciągać zobowiązania oraz nabywać prawa.

Art. 141. Do oferty pełnomocnik, o którym mowa w art. 140 pkt 3, dołącza uwierzytelnioną kopię umowy określonej w art. 140.

Art. 142. 1. Fundusz jest obowiązany traktować jednakowo wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

2. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Art. 143. 1. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne.

2. Fundusz realizuje zasadę jawności umów poprzez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń oraz maksymalnej kwoty zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów.

3. Informację, o której mowa w ust. 2, zamieszcza się w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 144. 1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) inne wymagania dla podwykonawców niż techniczne i sanitarne określone w odrębnych przepisach;
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
- 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych i zażaleń.

2. Umowa, o której mowa w ust. 1, obejmuje pozostawanie w gotowości szpitali włączonych do Krajowej Sieci Szpitali, o której mowa w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 145. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Art. 146. 1. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 166 i 167, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:

- 1) konkursu ofert albo
- 2) rokowań.

2. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z zasadami określonymi na podstawie ust. 5. W celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenia.

3. Ogłoszenie zawiera w szczególności:

- 1) nazwę i adres siedziby zamawiającego;
- 2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;
- 3) wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie, europejskich aprobat technicznych lub norm państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzających europejskie normy zharmonizowane oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej;
- 4) wskazanie świadczeniodawców zapraszanych do rokowań – w przypadku rokowań.

4. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Fundusz powołuje komisję. Tryb pracy komisji określa regulamin uchwalony przez Radę Funduszu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadania, uwzględniając równe traktowanie świadczeniodawców oraz uczciwą konkurencję.

Art. 147. 1. Przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty.

2. Przedmiotu zamówienia nie można opisywać:

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

Art. 148. 1. Fundusz opisuje przedmiot zamówienia za pomocą cech technicznych i jakościowych, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane.

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

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

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

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

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

Art. 149. 1. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.

2. W części jawnej konkursu ofert komisja w obecności oferentów:

- 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz liczbę złożonych ofert;
- 2) otwiera koperty lub paczki z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki, o których mowa w art. 153 pkt 3;
- 3) przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.

3. Oświadczenia lub zawiadomienia przekazane za pomocą teleksu, poczty elektronicznej lub telefaksu uważa się za złożone w terminie, jeżeli ich treść dotarła do adresata przed upływem terminu i została niezwłocznie potwierdzona na piśmie przez przekazującego.

4. Ofertę sporządza się w języku polskim, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.

5. W części niejawnego konkursu ofert komisja może:

- 1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość i ich dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny;
- 2) odrzucić wszystkie oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego wykonywania świadczeń zdrowotnych.

6. Komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

- 1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń zdrowotnych;
- 2) ceny za udzielane świadczenia zdrowotne.

7. Negocjacje przeprowadza się z oferentami, którzy złożyli najkorzystniejsze oferty.

8. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.

Art. 150. 1. Fundusz może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań w przypadkach określonych w ustawie.

2. Przez rokowania rozumie się tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym Fundusz prowadzi postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń zdrowotnych i warunków ich udzielania z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty lub większej liczby ofert oraz sprawny przebieg postępowania, nie mniejszą jednak niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń zdrowotnych lub ograniczoną dostępność do świadczeń jest mniej świadczeniodawców mogących ich udzielać.

3. Rokowania składają się z części jawnej i niejawnego.

4. Do części jawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 149 ust. 2.

5. Do części niejawnego rokowań stosuje się odpowiednio art. 149 ust. 5.

Art. 151. Postępowanie w trybie rokowań może być przeprowadzone, jeżeli:

- 1) uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert lub
- 2) zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, lub
- 3) jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 152. 1. W przypadku, o którym mowa w art. 151 pkt 1, Fundusz zaprasza do udziału w rokowaniach świadczeniodawców, których oferty nie zostały odrzucone w unieważnionym konkursie ofert.

2. w przypadku, o którym mowa w art. 151 pkt 2 i 3, Fundusz zaprasza do udziału w rokowaniach świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 153. Prezes Funduszu określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) kryteria oceny ofert;
- 3) warunki wymagane od świadczeniodawców.

Art. 154. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

Art. 155. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

- 1) ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją;
- 2) ceny oferowanych świadczeń zdrowotnych.



Art. 156. 1. Odrzuca się ofertę:

- 1) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;
- 2) gdy dostarczone przez świadczeniodawcę informacje są nieprawdziwe;
- 3) gdy świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych.

2. W przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 1, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.

3. W przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Art. 157. 1. Odpowiednio Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego, na wniosek komisji, unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:

- 1) nie wpłynęła żadna oferta;
- 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
- 3) odrzucono wszystkie oferty;
- 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych;
- 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

Art. 158. 1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.

2. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert.

3. O rozstrzygnięciu rokowań ogłasza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 2 dni od zakończenia rokowań.

4. Ogłoszenie zawierające nazwę (firmę) albo imię i nazwisko, oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany, niezwłocznie zamieszcza się na tablicy informacyjnej oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.

6. Ogłoszenie o wyniku rozstrzygnięcia postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przekazuje Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, jeżeli wartość przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro według średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu rozstrzygnięcia postępowania.

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

Art. 159. 1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 160 i 161.

2. Środki odwoławcze nie przysługują na:

- 1) wybór trybu postępowania;
- 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
- 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 160. 1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.

4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

Art. 161. 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może złożyć, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania do Prezesa Funduszu za pośrednictwem dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

2. Wniesione odwołanie wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia.
3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, może uwzględnić odwołanie w terminie 7 dni od dnia jego złożenia i udzielić pisemnej odpowiedzi składającemu odwołanie.
4. W przypadku nieuwzględnienia odwołania, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przekazuje odwołanie niezwłocznie, nie później niż w terminie 2 dni, do Prezesa Funduszu.
5. Informację o wniesieniu odwołania i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie w terminie 14 dni, od dnia jego otrzymania, i wydaje decyzję administracyjną w tej sprawie.
7. W przypadku uwzględnienia odwołania przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do ponownie przeprowadzanego postępowania stosuje się odpowiednio art. 151 pkt 1 oraz art. 152.
8. Od decyzji, o której mowa w ust. 6, świadczeniodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 162. 1. Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie, lub jeżeli zawarto ją w wyniku postępowania, które zostało unieważnione.
3. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna w części wykraczającej poza przedmiot postępowania w sprawie zawarcia tej umowy.
4. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
5. Jeżeli umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stanowi inaczej, przeniesienie na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy wymaga pisemnej zgody odpowiednio Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego.

Art. 163. 1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga zgody Rady Funduszu.

2. W przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż rok świadczeniodawca przez okres obowiązywania umowy nie może ubiegać się o zawarcie nowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym samym zakresie i dotyczącej tego samego przedmiotu. Nie dotyczy to przypadku, gdy spełnione są przesłanki do zawarcia umowy określone w art. 151 pkt 2 lub 3.

Art. 164. Do zmiany umowy nie stosuje się przepisów o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 165. 1. Nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

2. W przypadku konieczności wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 1, umowa w nowym brzmieniu obowiązuje do czasu zapewnienia świadczeń na podstawie nowego postępowania w sprawie zawarcia umowy. Nowe postępowanie przeprowadza się niezwłocznie.

Art. 166. 1. Jeżeli w ocenie Funduszu przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert lub rokowań nie doprowadzi do wyboru świadczeniodawcy, Fundusz może przeprowadzić postępowanie w sprawie zmiany dotychczasowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w drodze negocjacji.

2. Postępowanie, o którym mowa w ust. 1, Fundusz może również przeprowadzić, gdy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostało unieważnione z przyczyn wskazanych w art. 157 ust. 1 pkt 1 – 4.

3. Postępowanie, o którym mowa w ust. 1, prowadzi się w celu ustalenia liczby, ceny i warunków udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz okresu trwania umowy.

4. W wyniku postępowania, o którym mowa w ust. 1, umowa może być przedłużona na okres nie dłuższy niż rok. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być przedłużona w trybie, o którym mowa w ust. 1, na łączny okres nie dłuższy niż 3 lata.

Art. 167. 1. Przepisów art. 144 ust. 1 pkt 5, art. 166 oraz przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami:

- 1) udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

2. W przypadkach o których mowa w ust. 1, Fundusz zawiera umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu.

3. Fundusz zamieszcza na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz udostępnia w siedzibie tego oddziału informacje o warunkach zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2.

4. Fundusz informuje o zabezpieczeniu świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymogi, jakim powinien odpowiadać lokal świadczeniodawcy realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, w szczególności określając jego organizację i wyposażenie, uwzględniając rodzaj wykonywanych czynności oraz zapewnienie dostępności dla świadczeniobiorców.

Art. 168. Świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje zażalenie na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu albo Prezesa Funduszu.

Art. 169. 1. Zażalenie, o którym mowa w art. 168, dotyczące realizacji umowy rozpatruje, w terminie 7 dni, od dnia jego otrzymania, odpowiednio Prezes Funduszu albo minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Zażalenie, o którym mowa w ust. 1, składa się wraz z uzasadnieniem za pośrednictwem właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu.

3. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia przez odpowiednio Prezesa Funduszu albo ministra właściwego do spraw zdrowia świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie. Wniosek ten jest rozpatrywany niezwłocznie przez Prezesa Funduszu albo ministra właściwego do spraw zdrowia. Zażalenie na ponowne rozpatrzenie nie przysługuje.

Art. 170. 1. Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotem zobowiązanym do finansowania tych świadczeń ze środków publicznych może pobierać opłaty za takie same rodzajowo świadczenia w ramach umowy zawartej z pacjentem. Zawarcie takiej umowy oznacza rezygnację z uprawnień do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych w zakresie objętym tą umową.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, nie może pobierać opłat od świadczeniobiorcy za udzielone mu świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, z wyjątkiem częściowej odpłatności za świadczenia rekomendowane.

3. Umowy, o których mowa w ust. 1, nie mogą ograniczać dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

## Dział VIII

### Nadzór nad ubezpieczeniem zdrowotnym

Art. 171.1. Nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Na zasadach przewidzianych w ustawie i przepisach szczególnych nadzór w zakresie gospodarki finansowej Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw finansów publicznych stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości, gospodarności.

Art. 172. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości, nad działalnością:

- 1) Funduszu;
- 2) świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Funduszem;
- 3) podmiotów, którym Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji w całości lub w części, w przypadku gdy:

- 1) narusza ona prawo lub
- 2) prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych lub
- 3) prowadzi do niezrównoważenia wpływów i wydatków Funduszu.

3. Podjęcie przez ministra właściwego do spraw zdrowia decyzji w sprawach, o których mowa w ust. 2, wymaga pozytywnej opinii ministra właściwym do spraw finansów publicznych w zakresie, o którym mowa w ust.2 pkt 3.

4. Uchwały Rady Funduszu i decyzje Prezesa Funduszu, Prezes Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich podjęcia.

5. Przepisów ust. 2-4 nie stosuje się do uchwał dotyczących planu finansowego Funduszu, sprawozdania finansowego oraz sprawozdań z wykonania planu finansowego.

Art. 173. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może badać decyzje podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Przepis art. 172 ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 174. 1. W ramach nadzoru nad realizacją ubezpieczenia zdrowotnego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:

- 1) żądania udostępnienia mu przez Fundusz dokumentów lub ich kopii związanych z działalnością Funduszu oraz zapoznawania się z ich treścią;
- 2) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności Funduszu, od Prezesa i zastępców Prezesa Funduszu, Rady Funduszu, dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracowników Funduszu oraz innych osób wykonujących pracę na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- 3) żądania udostępnienia przez świadczeniodawcę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) żądania udostępnienia przez podmiot, któremu Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących wykonywanych czynności na rzecz Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, przedstawiając pisemne żądanie, o którym mowa w ust. 1, wskazuje termin jego wykonania.

3. W razie stwierdzenia, na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień i dokumentów, o których mowa w ust. 1, przypadków naruszeń prawa, statutu lub interesu ubezpieczonych minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia Fundusz, świadczeniodawcę, podmiot, o którym mowa w art. 172 ust. 1 pkt 3, o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności powiadamianego podmiotu do zgodności z przepisami prawa, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do zgodności z przepisami prawa.

4. W przypadku gdy został złożony wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, termin do usunięcia nieprawidłowości, o którym mowa w ust. 3, liczy się od dnia doręczenia decyzji po rozpatrzeniu wniosku.

5. W terminie 3 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego do usunięcia nieprawidłowości, Fundusz, świadczeniodawca, podmiot lub osoba trzecia, informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.

Art. 175. 1. W razie nieusunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie przez Fundusz minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do:

- 1) Prezesa Rady Ministrów o odwołanie wszystkich członków Rady Funduszu - jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu działania Rady Funduszu albo Rada Funduszu nie podjęła uchwały o odwołaniu Prezesa lub zastępców Prezesa Funduszu, a nieprawidłowości w działalności Funduszu nie zostały usunięte;
- 2) Rady Funduszu – o odwołanie Prezesa Funduszu lub zastępców Prezesa Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu ich działania;
- 3) Rady Funduszu – o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu jego działania.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, w ciągu 30 dni od dnia odwołania:

- 1) Prezes Rady Ministrów powołuje nowych członków Rady Funduszu na pełną kadencję z zachowaniem wymogów określonych w art. 111 ust. 1, 4 i 5;

- 2) Rada Funduszu powołuje Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z zachowaniem odpowiednio wymogów określonych w art. 111 ust. 1 pkt 4, art. 112 ust. 2 i art. 113 ust. 2, 3 i 5.
3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, odpowiednio członkowie Rady Funduszu, Prezes Funduszu, zastępcy Prezesa Funduszu oraz dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, wykonują jedynie czynności niezbędne do zapewnienia ciągłości działania Funduszu.

Art. 176. W przypadku naruszenia prawa, statutu lub interesów ubezpieczonych, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 133 ust. 5 i w art. 174 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na Prezesa Funduszu lub zastępcę Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, odpowiedzialnego za te naruszenia lub nieudzielenie wyjaśnień i informacji, karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę, niezależnie od innych środków nadzorczych przewidzianych przepisami prawa.

Art. 177. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może żądać zwołania posiedzenia Rady Funduszu lub posiedzenia Prezesa Funduszu i zastępców Prezesa Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz umieszczenia poszczególnych spraw w porządku obrad lub posiedzeniach tych podmiotów, jeżeli uzna to za konieczne do prawidłowego sprawowania nadzoru nad działalnością Funduszu.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia bierze udział albo deleguje swojego przedstawiciela do udziału w posiedzeniu Rady Funduszu lub Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia albo jego przedstawiciel jest uprawniony do zabierania głosu w sprawach objętych porządkiem obrad tych podmiotów.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić z pisemnym żądaniem, o którym mowa w ust. 1, określając termin, przed którego upływem posiedzenie Rady Funduszu lub Prezesa Funduszu i zastępców Prezesa Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu powinno się odbyć.

4. Podmioty, o których mowa w ust. 1, są obowiązane niezwłocznie poinformować ministra właściwego do spraw zdrowia o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia.

5. Jeżeli w ciągu 7 dni od dnia doręczenia wezwania termin posiedzenia nie zostanie ustalony, zostanie ustalony z naruszeniem terminu określonego w wezwaniu lub minister właściwy do spraw zdrowia nie zostanie poinformowany o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia, minister może zwołać posiedzenie Rady Funduszu lub Prezesa Funduszu i zastępców Prezesa Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu na koszt Funduszu.

6. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w ust. 1-5 przysługują również ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych. Minister właściwy do spraw finansów publicznych i minister właściwy do spraw zdrowia informują się o wystąpieniu z żądaniem zwołania posiedzenia, o którym mowa w ust. 1, oraz podjętych działaniach.

Art. 178. 1. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 174 przysługują odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Funduszu.

2. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 175-177 przysługują odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych w szczególności w przypadku:

- 1) działań powodujących nie zrównoważenie wpływów z wydatkami Funduszu;
- 2) nieuwzględniania zaleceń, o których mowa w art. 129 ust. 6;
- 3) niezatwierdzenia sprawozdania finansowego Funduszu;
- 4) niezatwierdzenia rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu;
- 5) przekroczenie terminów, o których mowa w rozdziale 2 Działu VI ustawy;
- 6) nieprawidłowości w zakresie sprawozdań o których mowa w art. 137 ust. 1.

Art. 179. W razie nie usunięcia w wyznaczonym terminie przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 172 ust. 1 pkt 3, stwierdzonych nieprawidłowości, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do wartości miesięcznej umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczy nieprawidłowości.

Art. 180. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 174 ust. 1, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu ubezpieczonych przez

świadczeniodawcę, lub podmiot, o którym mowa w art. 172 ust. 1 pkt 3, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości, bezpośrednio po stwierdzeniu tych naruszeń.

Art. 181. W przypadkach określonych w art. 179 i 180 minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem, o którym mowa w art. 172 ust. 1 pkt. 3.

Art. 182. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę:

- 1) działalności i stanu majątkowego Funduszu w celu sprawdzenia czy działalność Funduszu jest zgodna z prawem, statutem Funduszu lub interesem ubezpieczonych;
- 2) świadczeniodawców w zakresie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub interesem ubezpieczonych;
- 3) podmiotów, o których mowa w art. 172 ust. 1 pkt 3, w zakresie wywiązywania się z umowy zawartej z Funduszem.

2. Przy przeprowadzaniu kontroli minister właściwy do spraw zdrowia może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w upoważnieniu do prowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje pracownika urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia uprawnionego do przeprowadzenia kontroli, zwanego dalej „kontrolerem”.

4. Jednostka kontrolowana obowiązana jest do przedkładania kontrolerowi żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.

Art. 183. 1. Wyniki przeprowadzonej kontroli kontroler przedstawia w protokole kontroli.

2. Protokół kontroli zawiera opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli działalności jednostki kontrolowanej, w tym ustalonych nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych.

3. Protokół kontroli podpisują kontroler i kierownik jednostki kontrolowanej, a w razie jego nieobecności, osoba przez niego upoważniona.

Art. 184. 1. Kierownikowi jednostki kontrolowanej lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje prawo zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, umotywowanych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w protokole.

2. Zastrzeżenia należy zgłosić na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

3. W razie zgłoszenia zastrzeżeń, o których mowa w ust. 1, kontroler jest obowiązany dokonać ich analizy i w miarę potrzeby podjąć dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń zmienić lub uzupełnić odpowiednią część protokołu kontroli.

4. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części kontroler przekazuje na piśmie swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 185. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może w terminie 7 dni od dnia otrzymania stanowiska, o którym mowa w art. 184 ust. 4, zgłosić na piśmie umotywowane zastrzeżenia do ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje niezwłocznie zastrzeżenia i doręcza informację o ich rozpatrzeniu, wraz z uzasadnieniem, zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 186. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając w terminie 7 dni o jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy.

2. W razie zgłoszenia zastrzeżeń termin do złożenia wyjaśnienia o odmowie podpisania protokołu liczy się od dnia otrzymania ostatecznej decyzji w sprawie rozpatrzenia tych zastrzeżeń.

3. O odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontroler czyni wzmiankę w protokole.

4. Odmowa podpisania protokołu kontroli przez osobę wymienioną w ust. 1 nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustaleń kontroli.

Art. 187. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza wystąpienie pokontrolne, które przekazuje kierownikowi jednostki kontrolowanej.

2. Wystąpienie pokontrolne zawiera ocenę kontrolowanej działalności wynikającą z ustaleń opisanych w protokole kontroli, a także zalecenia, mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności kontrolowanego podmiotu do przepisów prawa.

3. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, do poinformowania ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

4. W razie niewykonania zaleceń, o których mowa w ust. 2, przepisy art. 175-180 stosuje się odpowiednio.

Art. 188. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona, w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, może odwołać się do ministra właściwego do spraw zdrowia od zawartych w wystąpieniu pokontrolnym ocen, uwag, wniosków i zaleceń.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje odwołanie w ciągu 14 dni od dnia jego otrzymania i zajmuje stanowisko.

3. Stanowisko ministra właściwego do spraw zdrowia jest ostateczne i wraz z uzasadnieniem jest doręczane jednostce kontrolowanej.

Art. 189. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób, zakres i tryb przeprowadzania kontroli, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

Art. 190. 1. Do postępowania przed ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie nadzoru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.

2. W sprawach o których mowa w art. 172 ust. 2 i 3, art. 173, art. 174 ust. 3, art. 175 ust. 1, art. 176, art. 179, art. 180, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.

Art. 191. 1. Do postępowania przed ministrem właściwym do spraw finansów publicznych w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową i planem finansowym Funduszu stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.

2. W sprawach o których mowa w art. 178, minister właściwy do spraw finansów publicznych wydaje decyzje administracyjne.

Art. 192. 1. Kary pieniężne, o których mowa w art. 176, 179, 180 podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

2. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej nakładanej na podstawie przepisów ustawy minister właściwy do spraw zdrowia jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości.

3. Od decyzji w sprawie kar pieniężnych przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 193. Minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o stwierdzonych nieprawidłowościach u świadczeniodawcy oraz wydanych decyzjach mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności podmiotu, którego dotyczy decyzja, do przepisów prawa.

Art. 194. Osoby wykonujące w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub ministra właściwego do spraw finansów publicznych czynności nadzoru i kontroli nad Funduszem nie mogą:

- 1) być członkami organów Funduszu;
- 2) być pracownikami Funduszu;
- 3) wykonywać pracy na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- 4) być świadczeniodawcami mającymi umowę z Funduszem ani pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- 5) być członkami organów lub pracownikami podmiotów, o których mowa w art. 172 ust. 1 pkt 3, ani też wykonywać pracy na ich rzecz na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

Art. 195. 1. Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 kwietnia roku następnego, zaopiniowane przez Radę Funduszu, sprawozdanie z działalności Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia corocznie Sejmowi, nie później niż do końca lipca roku następnego, sprawozdanie z działalności Funduszu po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

## DZIAŁ IX

### PRZETWARZANIE I OCHRONA DANYCH

Art. 196. 1. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu:

- 1) stwierdzenia istnienia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;
- 3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;
- 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
- 5) rozliczenia ze świadczeniodawcami;
- 6) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Funduszu;
- 7) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne.

2. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w celu:

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

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

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

4. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1-3, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz mają prawo do przetwarzania następujących danych:

- 1) nazwisko i imię (imiona);
- 2) nazwisko rodowe;
- 3) data urodzenia;
- 4) płeć;
- 5) obywatelstwo;
- 6) narodowość;
- 7) stan cywilny;
- 8) numer identyfikacyjny PESEL;
- 9) numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer;
- 10) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
- 11) adres zamieszkania;
- 12) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;
- 13) numer ubezpieczenia;
- 14) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;
- 15) stopień niepełnosprawności - w przypadku członka rodziny;
- 16) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 41 ust. 1 i art. 42 ust. 1, a także osób posiadających na podstawie odrębnych



przepisów szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub produktów leczniczych niż wynikające z ustawy;

17) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 14 ust. 1;

18) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;

19) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

5. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych.

6. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby spośród wymienionych w art. 76 ust. 1 pkt 2-9, wobec których z uwagi na konieczność zapewnienia form i metod realizacji zadań stanowiących tajemnicę państwową stosuje się odrębny tryb przetwarzania danych, o których mowa w ust. 4. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.

Art. 197. 1. Apteki są obowiązane udostępniać do kontroli na żądanie podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych do wglądu recepty i przekazywać niezbędne dane, o których mowa w art. 198 ust. 2.

2. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są obowiązani do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych, o których mowa w art. 198 ust. 1.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb udostępniania podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, do kontroli recept zrealizowanych przez świadczenioborców i związanych z tym informacji, uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

Art. 198. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez apteki i sposób ich rejestrowania oraz zakres informacji i sposób ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, wojewodów i marszałków województw, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Funduszu oraz zakres sprawozdań okresowych i sposób ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a także minimalny zakres zbiorczych informacji i sposób ich przekazywania wojewodom i sejmikom województw, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

4. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych i minister właściwy do spraw zdrowia są obowiązani do przekazywania Funduszowi danych ewidencyjnych zawierających numer PESEL, imię i nazwisko osób, dla których jest tworzony plan zdrowotny dla służb mundurowych.

Art. 199. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia gromadzi i przetwarza dane z ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z ustawy.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia oraz gmina są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych świadczenioborców innych niż ubezpieczeni w celu:

1) rozliczania ze świadczeniodawcami;

2) kontroli:

a) rodzaju, zakresu i przyczyn udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,

b) przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;

3) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania świadczenioborców, innych niż ubezpieczeni na świadczenia opieki zdrowotnej, leki, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

3. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia oraz gmina mają prawo przetwarzania następujących danych:

- 1) nazwisko i imię;
- 2) numer identyfikacyjny PESEL;
- 3) numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer;
- 4) seria i numer dowodu osobistego lub paszportu - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
- 5) dane dotyczące rodzaju i zakresu udzielonych świadczenioborcom innym niż ubezpieczeni świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 198 ust. 1.

4. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych oraz minister właściwy do spraw zdrowia są uprawnieni do uzyskiwania informacji niezbędnych do realizacji zadań wynikających z ustawy.

Art. 200. Fundusz na żądanie ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ich kosztach.

## DZIAŁ X

### PLANOWANIE POTRZEB W ZAKRESIE ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Art. 201. 1. Na podstawie rozpoznanych potrzeb zdrowotnych, w celu zapewnienia warunków ich należytego zabezpieczenia, tworzy się:

- 1) wojewódzkie plany zdrowotne;
- 2) plan zdrowotny dla służb mundurowych.

2. Plany, o których mowa w ust. 1, określają najważniejsze długoterminowe i krótkoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągnięcia uwzględniające w szczególności priorytety, cele i wytyczne do ich osiągnięcia przyjęte w Narodowym Planie Zdrowotnym, o którym mowa w art. 204, prognozowane przychody Narodowego Funduszu Zdrowia oraz prognozowane środki budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego przeznaczonych na opiekę zdrowotną w danym województwie.

3. Plany zdrowotne, o których mowa w ust. 1, są opracowywane i uchwalane co najmniej na następny rok kalendarzowy, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.

4. Plany zdrowotne, o których mowa w ust. 1, mogą uwzględniać długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągnięcia na 4 kolejne lata.

5. W przypadku opracowania planu zdrowotnego obejmującego okres 4 kolejnych lat, podlega on corocznej aktualizacji. Do aktualizacji planu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy o tworzeniu i zmianie planu zdrowotnego, o których mowa w niniejszym rozdziale.

Art. 202. 1. Projekt wojewódzkiego planu zdrowotnego opracowuje zarząd województwa, a zatwierdza sejmik województwa, w drodze uchwały.

2. W wojewódzkim planie zdrowotnym, na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej świadczenioborców i jej uwarunkowań, ustala się priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych tych świadczenioborców, z uwzględnieniem art. 201 ust. 2.

3. Przy opracowywaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego zarząd województwa zasięga opinii wojewody, organów powiatów i samorządów zawodów medycznych.

4. Wojewoda jest obowiązany do przekazywania zarządowi województwa gromadzonych danych statystycznych niezbędnych do przygotowania wojewódzkiego planu zdrowotnego.

5. Sejmik województwa przekazuje uchwalony wojewódzki plan zdrowotny do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu do dnia 30 kwietnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

6. Jeżeli sejmik województwa nie przedstawi właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu wojewódzkiego planu zdrowotnego w terminie określonym w ust. 5, plan ten przygotowuje, we współpracy z wojewodą, właściwy oddział wojewódzki Funduszu.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne, oraz zakres danych niezbędnych do przygotowania wojewódzkiego planu zdrowotnego, uwzględniając w szczególności zapewnienie świadczenioborcom całodobowego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz czynniki mające wpływ na stan zdrowia świadczenioborców.

Art. 203. 1. Projekt planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowywany jest wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

2. W planie zdrowotnym dla służb mundurowych Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości oraz minister właściwy do spraw wewnętrznych, na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej ubezpieczonych wymienionych w art. 76 ust. 1 pkt 2, 4-13 i członków ich rodzin oraz jej uwarunkowań, ustalają priorytety w zakresie zabezpieczenia ich potrzeb zdrowotnych, z uwzględnieniem art. 201 ust. 2.

3. Przygotowany i wspólnie przyjęty plan zdrowotny dla służb mundurowych, Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych przekazują do centrali Funduszu do dnia 30 kwietnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

4. W przypadku, gdy Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych nie prześlą do Funduszu projektu planu zdrowotnego dla służb mundurowych w terminie, o którym mowa w ust. 3, plan ten przygotowuje Prezes Funduszu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakim powinien odpowiadać plan zdrowotny dla służb mundurowych oraz zakres danych niezbędnych do przygotowania tego planu, uwzględniając w szczególności potrzeby zdrowotne ubezpieczonych wymienionych w art. 76 ust. 1 pkt 2, 4-13 i członków ich rodzin oraz specyfikę zadań wykonywanych przez ubezpieczonych wymienionych w art. 76 ust. 1 pkt 2, 4-13.

Art. 204. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia przygotowuje wieloletni Narodowy Plan Zdrowotny, zwany dalej "Narodowym Planem", biorąc pod uwagę w szczególności:

- 1) długookresowe trendy epidemiologiczne;
- 2) czynniki mające wpływ na stan zdrowia świadczeniobiorców;
- 3) wojewódzkie plany zdrowotne;
- 4) plan zdrowotny dla służb mundurowych;
- 5) programy zdrowotne.

2. Narodowy Plan określa priorytety i cele polityki zdrowotnej oraz wytyczne do ich osiągnięcia.

3. Narodowy Plan jest opracowywany co najmniej na 4 lata. i może być aktualizowany każdego roku, w szczególności na podstawie:

- 1) wojewódzkich planów zdrowotnych,
- 2) planu zdrowotnego dla służb mundurowych,
- 3) programów zdrowotnych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza Narodowy Plan w terminie do dnia 30 września roku poprzedzającego pierwszy rok objęty tym planem i może aktualizować go co roku w tym samym terminie.

5. Narodowy Plan i jego zmiany publikuje się w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" oraz na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

## DZIAŁ XI PRZEPISY KARNE

Art. 205. Kto:

- 1) nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenie zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia;
  - 2) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 3) nie odprowadza w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
  - 4) pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 5) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych;
  - 6) wbrew obowiązkowi, o którym mowa w art. 78 ust. 3, nie zgłasza do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6;
  - 7) podaje w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz nieprawdziwe informacje i dane
- podlega karze grzywny.

Art. 206. Odpowiedzialności przewidzianej w art. 205, podlega także ten, kto dopuszcza się czynów określonych w tych przepisach, działając w imieniu osoby prawnej.

Art. 207. Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 205, następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

## DZIAŁ XII ZMIANY W PRZEPISACH OBOWIĄZUJĄCYCH

Art. 208. W ustawie z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205, z późn. zm.<sup>12)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 56a i 56b otrzymują brzmienie:

„Art. 56a. Poborowi pełniący służbę w formacjach uzbrojonych nie wchodzących w skład Sił Zbrojnych podporządkowanych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Art. 56b. 1. Poborowi, o których mowa w art. 56a, na zasadach określonych w ustawie z dnia ... świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
  - 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
  - 3) szpitala
- w miejscu pełnienia służby spośród świadczeniodawców którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będących jednostkami budżetowymi tworzonymi i nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej albo zakładami opieki zdrowotnej utworzonymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
2. W przypadku, gdy poborowi, o których mowa w ust. 1, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w ust. 1, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
  3. Koszty częściowej lub całkowitej odpłatności za leki wydawane poborowym, o których mowa w art. 56a, na zasadach i zakresie określonym w ustawie z dnia ..... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

4. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów leków, o których mowa w ust. 3, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.”;

2) art. 69 i art. 69a otrzymują brzmienie:

„Art. 69. Żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe i ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 69a. Żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

3) po art. 69a dodaje się art. 69b w brzmieniu:

„Art. 69b. 1. Żołnierze, o których mowa w art. 69, na zasadach określonych w ustawie z dnia ..... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają ma prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- 3) szpitala

- w miejscu pełnienia służby spośród świadczeniodawców którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będących zakładami opieki zdrowotnej utworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej.

2. W przypadku, gdy żołnierze, o których mowa w ust. 1, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w ust. 1, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Koszty częściowej lub całkowitej odpłatności za leki wydawane żołnierzom, o których mowa w ust. 1, na zasadach i zakresie określonym w ustawie z dnia ..... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

<sup>12)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 81, poz. 732, Nr 113, poz. 984 i 985, Nr 156, poz. 1301, Nr 166, poz. 1363, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679 i 1683.

ze środków publicznych są finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej.

4. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów leków, o których mowa w ust. 3, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.”.

Art. 209. W ustawie z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. Nr 20, poz. 101, z późn. zm.<sup>13)</sup>) w art. 5a w ust. 2 wyrazy "powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia" zastępuje się wyrazami "o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych".

Art. 210. W ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1399, z późn. zm.) w art. 153 po ust. 7 dodaje ust. 7a i 7b w brzmieniu:

„7a. Funkcjonariusz w służbie kandydackiej, na zasadach określonych w ustawie z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...) ma prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- 3) szpitala

- spośród świadczeniodawców którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mających siedzibę w terytorialnym zasięgu działania jednostki organizacyjnej Straży Granicznej.

7b. W przypadku, gdy funkcjonariusze, o których mowa w ust. 7a, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w tym przepisie, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”.

Art. 211. W ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.<sup>14)</sup>) w art. 36 wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w ust. 1 uchyla się pkt 9;
- 2) uchyla się ust. 1a.

Art. 212. W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.<sup>15)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 21 w ust. 1 dodaje się pkt 118 w brzmieniu:

„118) kwota refundacji wydatków na świadczenia zdrowotne, wypłacana na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

2) w art. 23 w ust. 1 w pkt 58, w art. 27b w ust. 1 w pkt 1 i 2, w art. 32 w ust. 3b, w art. 33 w ust. 3a, w art. 34 w ust. 4a i ust. 9 w zdaniu końcowym, w art. 35 w ust. 9, w art. 37 w ust. 1a w pkt 4, w art. 41 w ust. 1a, w art. 43 w ust. 4 i art. 44 ust. 3c i 6i występujące w różnych przypadkach wyrazy "powszechne ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia" zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”;

3) w art. 27b w ust. 1 we wprowadzeniu do wyliczenia skreśla się wyraz „powszechne”;

4) w art. 37 w ust. 1 w pkt 5 i w art. 44 ust. 7g w pkt 4 wyrazy „powszechne ubezpieczenie zdrowotne” zastępuje się wyrazami „ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia.

<sup>13)</sup> Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1982 r. Nr 31, poz. 214, z 1985 r. Nr 22, poz. 98 i Nr 50, poz. 262, z 1987 r. Nr 21, poz. 123, z 1989 r. Nr 34, poz. 178, z 1991 r. Nr 100, poz. 443, z 1993 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 34, poz. 163 i Nr 142, poz. 701, z 1996 r. Nr 73, poz. 350, Nr 89, poz. 402, Nr 106, poz. 496 i Nr 139, poz. 647, z 1997 r. Nr 75, poz. 469 i Nr 133, poz. 883, z 1998 r. Nr 155, poz. 1016 i Nr 160, poz. 1065, z 1999 r. Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 6, poz. 69 i Nr 48, poz. 552, z 2001 r. Nr 154, poz. 1784 i 1800 oraz z 2002 r. Nr 214, poz. 1805 i Nr 240, poz. 2052.

<sup>14)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 60, poz. 636, z 2000 r. Nr 45, poz. 531, z 2001 r. Nr 73, poz. 764, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 228, poz. 2255 i Nr 229, poz. 2273.

<sup>15)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 19, poz. 199, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 78, poz. 715, Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182, Nr 169, poz. 1384, Nr 181, poz. 1515, Nr 200, poz. 1679 i Nr 240, poz. 2058 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79.

Art. 213. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.) wprowadzą się następujące zmiany:

1) w art. 21 dodaje się ust. 3 – 8 w brzmieniu:

„3. Jeżeli szpital nie może przyjąć pacjenta w dniu zgłoszenia a jego stan zdrowia nie wymaga niezwłocznego udzielenia świadczenia zdrowotnego, szpital ustala termin przyjęcia pacjenta przy zastosowaniu kryteriów, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1.

4. Kolejność przyjęć pacjentów jest ustalana w listach oczekujących prowadzonych według specjalności dla świadczeń zdrowotnych wymagających oczekiwania, zawierających co najmniej:

- 1) numer kolejny;
- 2) datę i godzinę wpisu;
- 3) imię i nazwisko pacjenta;
- 4) numer PESEL, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta;
- 5) rozpoznanie lub powód przyjęcia;
- 6) adres pacjenta,
- 7) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem;
- 8) wyznaczony termin udzielenia świadczenia;
- 9) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

5. Kierownik zakładu wyznacza osoby odpowiedzialne za ustalanie kolejności przyjęć i prawidłowe prowadzenie poszczególnych list oczekujących.

6. Listy oczekujących, o których mowa w ust 4, stanowią integralną część dokumentacji medycznej.

7. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie kolejności wynikającej z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób określony w ust. 4 pkt 7 o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie.

8. Listy oczekujących podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie zespołu oceny przyjęć powołanego przez kierownika szpitala.

9. W skład zespołu oceny przyjęć wchodzi:

- 1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej;
- 2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej;
- 3) pielęgniarka naczelna lub inna pielęgniarka wyznaczona przez kierownika szpitala;
- 4) psycholog kliniczny, o ile jest zatrudniony w szpitalu.

10. Kierownik szpitala wyznacza przewodniczącego zespołu i jego zastępcę, spośród osób, o których mowa w ust. 9, a także określa zadania i tryb pracy.

11. Do zadań zespołu, o którym mowa w ust. 8, należy:

1) przeprowadzanie oceny list oczekujących pod względem:

- a) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
- b) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
- c) zasadności i przyczyn odsunięcia w czasie udzielenia świadczenia,
- d) przyjętych procedur planowanych przyjęć,
- e) sposobów i form powiadamiania pacjentów o czasie oczekiwania oraz zmianach wyznaczonych terminów przyjęć;

2) wydawanie opinii w sprawie zwolnienia świadczeniobiorcy z częściowej odpłatności za udzielone świadczenie rekomendowane, o której mowa w art. 60 ust. 2 ustawy z dnia .... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

12. Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go kierownikowi zakładu.

13. Jeżeli, w szpitalu działa zespół zarządzania jakością wykonuje on zadania, o których mowa w ust. 11 i 12.”;

2) art. 54 otrzymuje brzmienie:

„Art. 54. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

- 1) z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej,
- 2) na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na podstawie umowy i w zakresie w niej określonym,
- 3) z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż wymieniona w pkt 1 i 2, jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności,
- 4) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego, z zastrzeżeniem art. 42.

2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1, mogą być finansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, podmiotu, który utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów, uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów.

3. Do warunków i trybu przekazywania środków publicznych, o których mowa w ust. 2, przez dysponentów tych środków nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych.

4. Zasady realizacji i finansowania programów zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2, określają przepisy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 1, a także sposób rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania, z uwzględnieniem sporządzania przez zakład planu rzeczowo-finansowego zadania, rodzaju wydatków, jakie mogą być finansowane, oraz istotnych elementów umowy o realizację zadania.”.

Art. 214. W ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654, z późn. zm.<sup>16)</sup>) w art. 16 w ust. 1 w pkt 9 w lit. c wyrazy "powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia" zastępuje się wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Art. 215. W ustawie z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz. U. Nr 73, poz. 350, z późn. zm.<sup>17)</sup>) w art. 36 wyrazy "powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia" zastępuje się wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Art. 216. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266, Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845) w art. 45:

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

„1a. Lekarz może również wystawiać recepty na leki osobom, o których mowa w art. 32 oraz art. 41-43 ustawy z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...) na zasadach określonych w tej ustawie.”;

2) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób i tryb wystawiania recept lekarskich;
- 2) wzory recept uprawniających do nabycia leku lub wyrobu medycznego, a w szczególności wzór recepty wystawianej dla osób, o których mowa w art. 42 ust. 1, oraz wydawanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością, sposób zaopatrywania w druki recept, ich przechowywania, sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji, uwzględniając konieczność prawidłowej realizacji zadań kontrolnych, uwzględniając odpowiednie przepisy ustawy, o której mowa w ust. 1a.”.

Art. 217. W ustawie z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz.U. z 2004 r. Nr 3, poz. 20) w art. 7a w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) korzystania raz w roku z leczenia uzdrowskiego oraz zwolnienia z odpłatności związanej z leczeniem uzdrowskim, o której mowa w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 218. W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.<sup>18)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

<sup>16)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 60, poz. 700 i 703, Nr 86, poz. 958, Nr 103, poz. 1100, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1315 i 1324, z 2001 r. Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190 i Nr 125, poz. 1363, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 93, poz. 820, Nr 141, poz. 1179, Nr 169, poz. 1384, Nr 199, poz. 1672, Nr 200, poz. 1684 i Nr 230, poz. 1922, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 96, poz. 874, Nr 137, poz. 1302, Nr 180, poz. 1759, Nr 202, poz. 1957, Nr 217, poz. 2124 i Nr 223, poz. 2218 oraz z 2004 r. Nr 6, poz. 39 i Nr 29, poz. 257.

<sup>17)</sup> Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. Nr 137, poz. 638, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 98, poz. 604, Nr 106, poz. 679, Nr 121, poz. 770 i Nr 160, poz. 1080, z 1998 r. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 52, poz. 527 i 528, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, z 2001 r. Nr 94, poz. 1032 i Nr 138, poz. 1567, z 2002 r. Nr 27, poz. 266 i Nr 199, poz. 1673 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 137, poz. 1301.

<sup>18)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459, Nr 72, poz. 748, Nr 100, poz. 1080, Nr 110, poz. 1189, Nr 111, poz. 1194, Nr 130, poz. 1452 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365, Nr 74, poz. 676, Nr 155, poz. 1287, Nr 169, poz. 1387, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679 i Nr 241, poz. 2074, z 2003 r. Nr 56, poz. 498, Nr 65, poz.

- 1) w art. 46 w ust. 4 uchyla się pkt 5;
- 2) w art. 76 w ust. 1 w pkt 2 lit. a otrzymuje brzmienie:  
„a) ubezpieczenie zdrowotne od Narodowego Funduszu Zdrowia.”.

Art. 219. W ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. Nr 144, poz. 930, z późn. zm.<sup>19)</sup>) w art. 13 w ust. 1, w art. 21 w ust. 2a w pkt 2, w art. 31 w ust. 1, 2, 4 i 5, w art. 44 w ust. 1 i 2, w art. 47 i w art. 52 w ust. 3 w pkt 4 występujące w różnych przypadkach wyrazy "powszechne ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia" zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Art. 220. W ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148, z późn. zm.<sup>20)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 80:

- a) dodaje się ust. 2b w brzmieniu:

„2b. Przepis ust. 2 nie dotyczy programów zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia ..... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr....., poz.....).”;

- b) w ust. 3 w pkt 6 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) ochrony zdrowia.”;

- 3) po art. 137 dodaje się art. 137a w brzmieniu:

„Art. 137a. Przepisy niniejszego rozdziału dotyczące funduszu celowego stosuje się odpowiednio do Narodowego Funduszu Zdrowia.”.

Art. 221. W ustawie z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz.U. Nr 97, poz. 1050, z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 oraz z 2003 r. Nr 137, poz. 1302) w art. 7 w ust. 3 zdanie wstępne otrzymuje brzmienie:

„3. Do zadań Zespołu należy przygotowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stanowisk w zakresie ustalania wykazów oraz cen urzędowych środków farmaceutycznych i wyrobów medycznych, z uwzględnieniem następujących kryteriów:”.

Art. 222. W ustawie z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207, Nr 154, poz. 1801, z 2002r. Nr 241, poz. 2073, z 2003r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1152) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) stanie nagłym – należy przez to rozumieć stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia.”;

- 2) użyte w art. 3 pkt 2 – 4, art. 4 pkt 5, art. 5, art. 18, art. 20 ust. 1 pkt 1 i ust. 3, art. 22 ust. 2, art. 27 ust. 2 pkt 1, art. 29 i art. 34 ust. 10, w różnej liczbie i przypadku wyrazy „nagle zagrożenie życia lub zdrowia” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i przypadku wyrazami „stan nagły”.

- 3) w art. 15 w ust. 1 uchyla się pkt 2 i 3;

- 4) w art. 22:

- a) uchyla się ust. 1,

- b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Powiatowy i wojewódzki plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych stanowią dokumenty, ustalające sposoby kierowania oraz zasady współdziałania, a także procedury podejmowania działań zmierzających do ograniczenia czynników wywołujących stany nagłego zagrożenia życia lub zdrowia oraz do ograniczenia następstw tych stanów.”

- c) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) rozmieszczenie w terenie jednostek systemu, które zawarły umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ratownictwa medycznego z Narodowym Funduszem Zdrowia.”,

- d) uchyla się ust. 4 – 7;

---

595, Nr 135, poz. 1268, Nr 149, poz. 1450, Nr 166, poz. 1609, Nr 170, poz. 1651, Nr 190, poz. 1864, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177.

<sup>19)</sup> Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 125, poz. 1363 i 1369 i Nr 134, poz. 1509 oraz z 2002 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 169, poz. 1384, Nr 172, poz. 1412 i Nr 200, poz. 1679.

<sup>20)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 594, Nr 96, poz. 874, Nr 166, poz. 1611 i Nr 189, poz. 1851.



5) uchyla się art. 34.

Art. 223. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, z późn. zm.<sup>21)</sup>) w art. 4 w ust. 7 w pkt 2 lit. c otrzymuje brzmienie:

"c) sposób potwierdzania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia okoliczności, o których mowa w art. 33 ust. 4 ustawy z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...),".

Art. 224. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 199, poz. 1938) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

"13) osoba ubezpieczona - osobą objętą ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie ustawy z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...),",

b) pkt 23 otrzymuje brzmienie:

"23) świadczeniodawca - świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 42 ustawy z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,";

2) w art. 6 w ust. 7, w art. 16 w ust. 2, w art. 18 w ust. 5, w art. 19 w ust. 4, w art. 29 w ust. 1 i w art. 31 w ust. 3 wyrazy "powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia" zastępuje się wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Art. 225. W ustawie z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. Nr 199, poz. 1673 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 83, poz. 760 i Nr 223, poz. 2217) art. 23 otrzymuje brzmienie:

„Art. 23. 1. Ze środków funduszu wypadkowego są pokrywane koszty skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, związane ze świadczeniami zdrowotnymi z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych, na które ubezpieczony został skierowany przez lekarza orzecznika na wniosek lekarza prowadzącego, nierefundowanych na podstawie odrębnych przepisów.

2. Ze środków Funduszu wypadkowego są pokrywane koszty przedmiotów ortopedycznych w wysokości udziału własnego ubezpieczonego określonego w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 226. W ustawie z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach (Dz. U. Nr 199, poz. 1674 oraz z 2003 r. Nr 83, poz. 760, Nr 96, poz. 874 i Nr 122, poz. 1143) w art. 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osobom, które stały się niezdolne do pracy wskutek wypadku w szczególnych okolicznościach, o których mowa w art. 2 ust. 1, przysługuje:

1) renta z tytułu niezdolności do pracy;

2) jednorazowe odszkodowanie;

3) świadczenia opieki zdrowotnej określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie niezbędnym do leczenia następstw wypadku lub choroby zawodowej, pod warunkiem że osoby te nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym.”.

Art. 227. W ustawie z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz.U. Nr 241, poz. 2073 oraz z 2003 r. Nr 99, poz. 920) art. 5 otrzymuje brzmienie:

„Art. 5. 1. Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach usług ratownictwa medycznego świadczeniobiorcom w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają te przepisy.

2. Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz przez zespoły ratownictwa medycznego, włączonych do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i zespole ratownictwa medycznego, uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ciągłej gotowości tych jednostek do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz rodzaj udzielanych świadczeń.

<sup>21)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1181 i Nr 152, poz. 1265 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 189, poz. 1852.

4. Jednostki lotniczego pogotowia ratunkowego są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
5. Finansowanie, o którym mowa w ust. 4, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a jednostką lotniczego pogotowia ratunkowego.
6. Do umowy, o której mowa w ust. 5, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.”.

Art. 228. W ustawie z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe i naprawcze (Dz.U. Nr 60, poz. 535 i Nr 217, poz. 2125) w art. 157 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Syndyk, nadzorca sądowy, zarządca będący osobą fizyczną jest osobą prowadzącą pozarolniczą działalność w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 229. W ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873) w art. 46 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wolontariuszowi mogą przysługiwać świadczenia zdrowotne na zasadach przewidzianych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 230. W ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz.U. Nr 124, poz. 1153 i Nr 170, poz. 1651) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 1 otrzymuje brzmienie:

„Art. 1. Ustawa określa organizację nadzoru ubezpieczeniowego i emerytalnego oraz zasady działania Rzecznika Ubezpieczonych, a także zadania Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych w zakresie realizacji zadań związanych ze świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi ze środków publicznych.”;

2) w art. 4 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Przepisy ust. 1 i 2 nie dotyczą realizacji zadań Komisji związanych ze świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ...2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.”;

3) w art. 8 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Szczególnym zadaniem Komisji jest ustalanie cen gwarantowanych i rekomendowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych. Zakres współpracy Komisji w zakresie realizacji tego zadania z ministrem właściwym do spraw zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i Polską Agencją Oceny Technologii Medycznych określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.”;

4) w art. 9:

a) w ust. 1 w pkt 2 dodaje się lit. c w brzmieniu:

„c) ministra właściwego do spraw finansów publicznych,”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu:

„3. W posiedzeniu Komisji dotyczącym realizacji zadania, o którym mowa w art. 8 ust. 3, z głosem doradczym, uczestniczy przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Prezesa Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych.

4. Nadzór nad działalnością Urzędu Komisji w zakresie zadania, o którym mowa w art. 8 ust. 3, sprawuje zastępca Przewodniczącego Komisji, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 lit. c.”;

5) w art. 11 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Komisja podejmuje uchwały zwykłą większością głosów w obecności co najmniej czterech osób wchodzących w skład Komisji. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Komisji.”;

6) po art. 14 dodaje się art. 14a w brzmieniu:

„14a. Realizacja zadania Komisji, o którym mowa w art. 8 ust. 3, finansowana jest przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.”;

7) po art. 15 dodaje się art. 15a w brzmieniu:

„Art. 15a. Osoby wchodzące w skład Komisji oraz pracownicy Urzędu nie mogą być jednocześnie pracownikami Funduszu, świadczeniodawcami, którzy zawarli umowę z Funduszem, właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151).”.

Art. 231. W ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 128, poz. 1176) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 67 otrzymuje brzmienie:

„Art. 67. 1. Cudzoziemcowi, o którym mowa w art. 56 ust. 1, 2 i 5, udziela się opieki medycznej w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy z dnia ..... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U Nr ... poz ....).

2. Udzielenia cudzoziemcowi opieki medycznej następuj na podstawie umowy zawartej pomiędzy Prezesem Urzędu a świadczeniodawcą w rozumieniu przepisów ustawy, o której mowa w ust. 1.

3. Koszty opieki medycznej, o której mowa w ust. 1, z wyłączeniem kosztów określonych w przepisach ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391), są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, ze środków będących w dyspozycji Prezesa Urzędu.”;

2) art. 112 otrzymuje brzmienie:

„Art. 112. 1. Cudzoziemcowi korzystającemu z ochrony czasowej Prezes Urzędu zapewnia opiekę medyczną oraz przyznaje pomoc przez zakwaterowanie i wyżywienie, z zastrzeżeniem ust. 4.

2. Udzielanie cudzoziemcowi opieki medycznej następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy Prezesem Urzędu a świadczeniodawcą w rozumieniu ustawy z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Koszty opieki medycznej, o której medycznej, o której mowa w ust. 1, z wyłączeniem kosztów określonych w przepisach ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw wewnętrznych ze środków będących w dyspozycji Prezesa Urzędu.

4. Cudzoziemcowi korzystającemu z ochrony czasowej, który wykonuje pracę lub wykonuje działalność gospodarczą, Prezes Urzędu zapewnia opiekę medyczną i pomoc, o której mowa w ust. 1, uwzględniając wysokość uzyskiwanego przez cudzoziemca dochodu.”.

Art. 232. W ustawie z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. Nr 179, poz. 1750) w art. 67 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

"1. Żołnierze zawodowi są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego i korzystają ze świadczeń na zasadach określonych w ustawie z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...)."

### DZIAŁ XIII

#### PRZEPISY PRZEJŚCIOWE, DOSTOSOWAWCZE I PRZEPISY KOŃCOWE

Art. 233. Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o "ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia" - rozumie się przez to niniejszą ustawę.

Art. 234. Ubezpieczeni na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.<sup>22)</sup>) stają się, z dniem wejścia w życie ustawy, ubezpieczonymi na podstawie niniejszej ustawy.

Art. 235. 1. Fundusz zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym.

2. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte na okres dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2004 r. podlegają rozwiązaniu z mocy prawa z dniem 31 grudnia 2004 r., chyba że w terminie miesiąca od dnia wejścia ustawy w życie świadczeniodawca, z którym zawarto taką umowę oświadczy Funduszowi, że pozostaje nią związany. Oświadczenie składa się na piśmie pod rygorem nieważności.

3. W razie niemożności zawarcia do 31 grudnia 2004 r. umów na 2005 r. na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązywanie dotychczasowych umów zawartych ze świadczeniodawcami na okres do 31 grudnia 2004 r. może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do 31 grudnia 2005r. w drodze zmiany umowy dokonanej nie później niż do dnia 31 grudnia 2004 r.

<sup>22)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37 i Nr 19 poz. 177.

Art. 236. 1. Fundusz wstępuje w prawa i obowiązki Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

2. Mienie Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia staje się z dniem wejścia w życie ustawy z mocy prawa mieniem Funduszu, z tym że mienie otrzymane od Skarbu Państwa zalicza się na fundusz podstawowy Funduszu.

3. Umowy, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia powołany ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, nabył prawo do używania nieruchomości, wygasają po upływie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, chyba że w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia ustawy w życie Fundusz oświadczy drugiej stronie umowy, iż pozostaje nią związany. Oświadczenie Funduszowi składa się na piśmie pod rygorem nieważności.

4. Przepis ust. 3 nie dotyczy umów, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia powołany ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, nabył własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości.

5. Przejście praw i mienia Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia na Fundusz następuje nieodpłatnie oraz wolne jest od podatków i opłat.

Art. 237. 1. Bilans zamknięcia Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 254 staje się bilansem otwarcia Funduszu.

2. Plan finansowy na 2005r. Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 254, staje się planem finansowym Funduszu. Przepisy ustawy dotyczące planu finansowego Funduszu stosuje się odpowiednio.
3. Sprawozdanie finansowe za rok 2004 Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 254, jest zatwierdzane w trybie określonym w art. 133 ust. 4.

Art. 238. 1. Ujawnienie w księgach wieczystych praw własności nieruchomości i użytkowania wieczystego nieruchomości wynikających z przejęcia przez Fundusz mienia, o którym mowa w art. 236 ust. 2, następuje na wniosek właściwego ze względu na położenie nieruchomości dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, na podstawie wyciągu z wykazu, o którym mowa w art. 242 ust. 2 pkt 2, stwierdzającego przejście prawa własności lub użytkowania wieczystego na rzecz Funduszu.

2. Postępowanie w przedmiocie wpisów jest wolne od opłat sądowych.

Art. 239. Fundusz przejmuje zbiory danych prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia powołany ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, w tym zbiory danych osobowych.

Art. 240. Z dniem wejścia w życie ustawy:

- 1) wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia stają się z mocy prawa w oddziały wojewódzkie Funduszu;
- 2) centrala Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia staje się centralą Funduszu.

Art. 241. 1. Pracownicy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu w trybie art. 23<sup>1</sup> Kodeksu pracy.

2. Pracownicy centrali Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami centrali Funduszu w trybie art. 23<sup>1</sup> Kodeksu pracy.

Art. 242. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad organizowaniem Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania konieczne do realizacji celów ustawy, a w szczególności:

- 1) powołuje Komisję Inwentaryzacyjną w celu ustalenia mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w

Narodowym Funduszu Zdrowia, które zostanie przekazane do Funduszu, w tym określenia, które ze składników majątkowych Narodowego Funduszu Zdrowia pochodzą z mienia Skarbu Państwa;

2) sporządza wykazy mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych, w tym odrębny wykaz mienia Skarbu Państwa, które zostało przejęte przez Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, po zlikwidowanych kasach chorych i ich jednostkach organizacyjnych;

3) przygotowuje przejęcie przez Fundusz mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych, a w szczególności środków trwałych i wyposażenia;

4) przygotowuje przejęcie przez Fundusz praw majątkowych i niemajątkowych Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych;

5) złoży, w formie aktu notarialnego, oświadczenie woli o wniesieniu do Funduszu mienia Skarbu Państwa, o którym mowa w pkt 2.

3. Mienie Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zalicza się na poczet funduszu podstawowego Funduszu.

Art. 243. 1. Do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

2. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ust. 1, jest dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg.

3. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym fakt objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym może być legitymacja emeryta (rencisty) wydawana na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 244. Od dnia 1 stycznia 2006 r. poziom identyfikacji składek nie może być niższy niż 90% wpływających składek.

Art. 245. Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 90 ust. 1, wynosi:

- 1) od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2004 r. - 8,25% podstawy wymiaru;
- 2) od dnia 1 stycznia 2005 r. do dnia 31 grudnia 2005 r. - 8,5% podstawy wymiaru;
- 3) od dnia 1 stycznia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2006 r. - 8,75% podstawy wymiaru.

Art. 246. 1. Kadencja 4 członków spośród 6 członków pierwszej Rady Funduszu wskazanych przez Prezesa Rady Ministrów, wynosi 30 miesięcy.

2. Członkowie następnej kadencji Rady Funduszu są powoływani na pięcioletnią kadencję.

Art. 247. Oświadczenia woli ubezpieczonych o wyborze lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują swoją ważność.

Art. 248. Osoby ubezpieczające się dobrowolnie nie wnoszą opłaty dodatkowej, o której mowa w art. 78 ust. 7, jeżeli ubezpieczą się w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 249. Postępowania w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie ustawy, toczą się przed Prezesem Funduszu na dotychczasowych zasadach nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 250. W okresie do dnia wejścia w życie rozporządzenia, o którym mowa w art. 73 ust. 6, ze środków publicznych nie są finansowane następujące świadczenia opieki zdrowotnej:

- 1) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia;
- 2) operacje zmiany płci;
- 3) świadczenia z zakresu stomatologii inne niż wskazane w przepisach wydanych na podstawie art. 253 pkt 1;
- 4) świadczenia z zakresu akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w związku z leczeniem bólu;

- 5) świadczenia zdrowotne w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych niezwiązane z bezpośrednią przyczyną skierowania ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe;
- 6) szczepienia ochronne inne niż określone jako obowiązkowe w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.

Art. 251. Akty wykonawcze wydane na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zachowują moc do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 252. 1. Do czasu powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 109 ust. 1, oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, organy Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz dyrektorzy oddziałów wojewódzkich tego Funduszu pełnią swoje funkcje na dotychczasowych zasadach.

2. Z dniem powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 109 ust. 1, oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, organy Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz stosunki pracy dyrektorów oddziałów wojewódzkich tego Funduszu ulegają rozwiązaniu.

Art. 253. Do czasu wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 73 ust. 6 minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz podstawowych świadczeń lekarza dentystry oraz podstawowych materiałów stomatologicznych, uwzględniając konieczność zapewnienia skuteczności leczenia, a także wykaz dodatkowych świadczeń stomatologicznych i materiałów stomatologicznych oraz rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń;
- 2) wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, wysokość udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, kryteria ich przyznawania, okresy użytkowania, oraz przedmioty ortopedyczne podlegające naprawie w zależności od wskazań medycznych, a także limit cen dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach - w zakresie którego Fundusz finansuje to świadczenie, oraz limit cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych,  
- uwzględniając dobro ubezpieczonego, w tym szczególne potrzeby zdrowotne osób, o których mowa w art. 28 ust. 2 oraz możliwości płatnicze Funduszu.

Art. 254. Traci moc ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.<sup>23)</sup>).

Art. 255. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 października 2004 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 5 pkt 35 i 37, art. 12 pkt 2, art. 15 ust. 1, art. 17 ust. 1 pkt 2, art. 59 – 62 i art. 73 ust. 6;
- 2) art. 28 i 29 – w zakresie, w jakim dotyczą świadczeń gwarantowanych i rekomendowanych - które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2005 r.

---

<sup>23)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37 i Nr 19 poz. 177.