

USTAWA
z dnia2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

DZIAŁ I

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:

- 1) warunki i zakres udzielania 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 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 i organizację Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych;
- 8) zasady i tryb ustalania zakresu i cen świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 9) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad realizacją świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 2. Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

- 1) równego traktowania obywateli oraz solidarności społecznej;
- 2) zapewnienia ubezpieczonemu swobodnego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 69b ustawy, o której mowa w art. 207.

Art. 3. 1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo:

- 1) osoby objęte obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”;
 - 2) inne osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- zwane dalej „świadczeniobiorcami”, na zasadach określonych w ustawie.
2. Na zasadach określonych w przepisach odrębnych, umowach międzynarodowych oraz przepisach o koordynacji, świadczenia zdrowotne udzielane są osobom innym niż osoby, o których mowa w art. 4 oraz w art. 5 ust. 1 i 2.

Art. 4. Ubezpieczonymi są:

- 1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim 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 Rzeczpospolita 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. 77 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 79.
2. Ubezpieczonymi są także 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:
- 1) ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym na podstawie przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;

2) ubezpieczeniem społecznym rolników.

Art. 5. 1. Ubezpieczonymi są również:

- 1) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w art. 4 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 art. 4 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 art. 4 ust. 1 pkt 3;

- jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie.

2. Za ubezpieczonych uznaje się także:

- 1) członków rodzin osób, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujących 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. 77 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 77 ust. 2 i 3, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;
- 2) zamieszkujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej członków rodzin osób, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 77 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 77 ust. 2 i 3.

Art. 6. W Funduszu, z zastrzeżeniem art. 4 ust. 1 i art. 5, nie mogą ubezpieczać się 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. 7. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) ambulatoryjna opieka zdrowotna - udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
- 2) apteka - aptekę ogólnodostępną, a także punkt apteczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, 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);
- 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 zdrowotnych u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) 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);
- 6) 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);
- 7) 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);
- 8) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej - lekarza, który ukończył szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie: medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, udzielającego świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub który jest zatrudniony u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 9) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - lekarza, lekarza dentyście będącego świadczeniodawcą, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub lekarza, lekarza dentyście zatrudnionego u świadczeniodawcy z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 10) lek podstawowy - produkt leczniczy poznany za konieczny, ze względu na skuteczność kliniczną, do zastosowania dla ratowania życia albo przywracania lub poprawy zdrowia człowieka i wybrany z danej grupy produktów leczniczych przy uwzględnieniu kryteriów medycznych;

- 11) lek uzupełniający - produkt leczniczy o zbliżonych właściwościach leczniczych (terapeutycznych) do właściwości leku podstawowego lub wspomagający lub uzupełniający jego działanie, a także produkt leczniczy najnowszej generacji o zbliżonych właściwościach leczniczych (terapeutycznych) do właściwości leku podstawowego, wybrany z danej grupy produktów leczniczych przy uwzględnieniu kryteriów medycznych;
- 12) 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);
- 13) nazwa handlowa leku - nazwę leku zastrzeżoną przez wytwórcę;
- 14) nazwa międzynarodowa leku - nazwę leku zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia;
- 15) osoba bezdomna wychodząca z bezdomności - osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414, z późn. zm.^{a)});
- 16) osoba pobierająca emeryturę lub rentę - osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, osobę pobierającą rentę socjalną albo osobę pobierającą rentę strukturalną na podstawie odrębnych przepisów;
- 17) osoba prowadząca działalność pozarolniczą - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. r 137, poz. 887, z późn. zm.²⁾);
- 18) 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;
- 19) osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji – osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczypospolita 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 zdrowotne z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;
- 20) osoba współpracująca - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 21) pielęgniarka lub położna podstawowej opieki zdrowotnej - pielęgniarkę lub położną rodzinną, środowiskową, środowiskowo-rodzinną, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, ochrony zdrowia pracujących lub środowiska nauczania i wychowania;
- 22) pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego - pielęgniarkę lub położną będące świadczeniodawcami, z którymi zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo zatrudnione u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 23) potrzeby zdrowotne - liczbę świadczeń opieki zdrowotnej, która powinna być zapewniona w celu zachowania, przywrócenia i poprawy zdrowia w danym miejscu i czasie;
- 24) procedury medycznej - całość lub część świadczenia opieki zdrowotnej wyodrębnionego zgodnie z międzynarodowym wykazem procedur medycznych (ICD 9);
- 25) świadczenie gwarantowane - działania składające się z procedur medycznych finansowanych w całości ze środków publicznych, określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w trybie określonym w ustawie;
- 26) świadczenie rekomendowane - działania składające się z procedur medycznych o skuteczności nie mniejszej niż świadczenie gwarantowane, współfinansowane w części ze środków publicznych, określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w trybie określonym w ustawie;
- 27) program zdrowotny - zespół zamierzonych czynności i środków umożliwiających osiągnięcie założonego celu w określonym terminie, polegającego na dążeniu do zaspokojenia określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, finansowanych ze środków publicznych;
- 28) 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”;
- 29) 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;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 20, poz. 170, Nr 79, poz. 885 i Nr 90, poz. 1001, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i Nr 19, poz. 238, z 2001 r. Nr 72, poz. 748, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 973, Nr 111, poz. 1194, Nr 122, poz. 1349 i Nr 154, poz. 1792 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 44, poz. 389, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1304, Nr 203, poz. 1966 i Nr 228, poz. 2255.

²⁾ 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.

- 30) stan nagły - stan wywołany czynnikiem zewnętrznym lub przyczyną wewnętrzną prowadzący do szybkiego pogarszania się zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być zagrożenie życia;
- 31) świadczenia pielęgniarские i położnicze - świadczenia zdrowotne określone w art. 4 i 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177);
- 32) świadczenia opieki zdrowotnej - świadczenia zdrowotne i świadczenia współistniejące;
- 33) świadczenie współistniejące - działanie związane z procesem leczenia i nie będące świadczeniami zdrowotnymi, określone w ustawie;
- 34) świadczenie zdrowotne - działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;
- 35) 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, w której gromadzony jest środek specjalny na finansowanie wydatków związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- 36) ubezpieczenie społeczne - ubezpieczenia określone w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 37) ubezpieczenie społeczne rolników - ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.³⁾) oraz w ustawie z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U. Nr 52, poz. 539);
- 38) wolontariusz - osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
- 39) wyrób medyczny - wyroby, które zgodnie z art. ... ustawy z dniao wyrobach medycznych (Dz.U. Nr..., poz. ...) mogą być przedmiotem obrotu w hurtowniach farmaceutycznych i aptekach;
- 40) ratownictwo medyczne - udzielanie świadczeń zdrowotnych w sytuacji nagłego zagrożenia życia lub zdrowia przez zespół ratownictwa medycznego.

Rozdział 2

Zadania władz publicznych

Art. 8. Zadania w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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 określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 9. 1. Do zadań własnych gminy należy:

- 1) rozpoznawanie i monitorowanie potrzeb zdrowotnych na terenie gminy oraz wspieranie i stymulowanie lokalnego rynku pracy w zakresie zabezpieczenia w kadre medyczną, w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) opracowanie i realizacja programu ochrony zdrowia wchodzącego w skład gminnej strategii integracji i polityki społecznej wynikającego z rozeznanych potrzeb zdrowotnych 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 aktywności do działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
- 5) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działalności oświatowo-zdrowotnej prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej, szkoły wszystkich szczebli, placówki wychowawcze, organizacje pozarządowe i zawodowe oraz inne jednostki uczestniczące w promocji zdrowia;
- 6) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb;
- 7) realizacja innych zadań przewidzianych w odrębnych ustawach.

2. Do zadań zleconych gminy należy:

- 1) finansowanie świadczeniodawcy poniesionych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie gminy niemającemu możliwości ubezpieczenia się na podstawie ustawy :
 - a) świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony,
 - b) w stanie nagłym osobie innej niż wymieniona w lit. a;

³⁾ 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.

- 2) finansowanie kosztów leków, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wydawanych osobom, o których mowa w pkt 1
- o ile finansowanie tych kosztów nie wynika z przepisów wymienionych w art. 15 ust. 1 lub umów międzynarodowych;
- 3) realizacja zadań z zakresu rządowych programów zdrowotnych;
- 4) realizacja zadań wynikających ustaw mających na celu ochronę zdrowia.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej, leki, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługują na zasadach i w zakresie określonym dla ubezpieczonych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, leków, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o których mowa w ust. 2, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.

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

Art. 10. Do zadań w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych realizowanych przez powiat należy:

- 1) opracowanie i realizacja programu ochrony zdrowia wchodzącego w skład powiatowej strategii integracji i polityki społecznej wynikającego z rozeznanych potrzeb zdrowotnych 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 informacji o prawach i uprawnieniach osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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 aktywności do działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
- 6) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb;
- 7) realizacja innych zadań przewidzianych w odrębnych ustawach.

Art. 11 Do zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez powiat należą zadania wynikające z rządowych programów zdrowotnych bądź innych ustaw, mających na celu ochronę zdrowia.

Art. 12. Do zadań w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych realizowanych przez samorząd województwa należy:

- 1) opracowanie i realizacja programu ochrony zdrowia wchodzącego w skład wojewódzkiej strategii integracji i polityki społecznej wynikającego z rozeznanych potrzeb zdrowotnych na terenie województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
- 2) opracowywanie i wdrażanie celowych programów służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia i ich dofinansowywanie;
- 3) inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb;
- 5) realizacja innych zadań przewidzianych w odrębnych ustawach.

Art. 13. Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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) nadzór nad działalnością samorządu gminnego, powiatowego i województwa w zakresie realizacji zadań określonych w ustawie;
- 4) koordynowanie działań wynikających z programów zdrowotnych;
- 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb;
- 6) realizacja innych zadań przewidzianych w odrębnych ustawach.

Art. 14. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:

- 1) tworzenie koncepcji i określanie kierunków rozwoju ;
- 2) zlecenie i finansowanie badań, ekspertyz i analiz;
- 3) określanie procedur medycznych oraz sprawowanie nadzoru nad ich wdrażaniem;
- 4) prowadzenie edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
- 5) współuczestniczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia;
- 6) współuczestniczenie w opracowywaniu programów kształcenia w zakresie zdrowia publicznego oraz prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie ochrony zdrowia publicznego;
- 7) analiza skuteczności mechanizmów systemowych oraz ich efektywności;
- 8) inspirowanie i promowanie nowych form i metod działania;
- 9) tworzenie i finansowanie programów zdrowotnych a także nadzór nad ich realizacją;
- 10) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym.

DZIAŁ II ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rozdział 1 Przepisy ogólne

Art. 15. 1. Przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach zdrowotnych udzielanych osobom nieobjętym ubezpieczeniem zdrowotnym bezpłatnie 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.⁴⁾);
- 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.⁵⁾);
- 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.

2. Osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej niebędące ubezpieczonymi:

- 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.

3. Osoby wymienione w:

- 1) ust. 2 pkt 1 mają prawo do leków, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
- 2) ust. 2 pkt 2 mają prawo do leków, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wydawanych w związku z ciążą, porodem i pościem.

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

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania świadczeń, leków, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o których mowa w ust. 4, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.

Art. 16. Na zasadach określonych w ustawie i przepisach odrębnych świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są ze środków publicznych pochodzących:

- 1) ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia:
 - a) w całości - w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych,
 - b) w części - w odniesieniu do świadczeń rekomendowanych;
- 2) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia:
 - a) w całości - w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych,
 - b) w części - w odniesieniu do świadczeń rekomendowanych;
- 3) z budżetów jednostek samorządu terytorialnego właściwych dla miejsca udzielenia świadczenia w przypadku świadczeniobiorców niebędących ubezpieczonymi:
 - a) w całości - w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych,
 - b) w części - w odniesieniu do świadczeń rekomendowanych.

Art. 17. 1. 1. Ubezpieczeni mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń zdrowotnych mających na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

2. Fundusz zapewnia ubezpieczonym na zasadach określonych w ustawie:

- 1) badanie diagnostyczne, w tym analitykę medyczną;
- 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 leczenie specjalistyczne;
- 5) rehabilitację leczniczą;
- 6) podstawowe świadczenia stomatologiczne;
- 7) leczenie szpitalne, w tym wysokospecjalistyczne procedury medyczne; leczenie w domu chorego;
- 8) badanie i terapię psychologiczną;
- 9) badanie i terapię logopedyczną;
- 10) świadczenia pielęgnacyjne;

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U.

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U.

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

Art. 18. 1. Ubezpieczonemu w ramach ubezpieczenia zdrowotnego nie przysługują:

- 1) świadczenia, których sposób finansowania określają odrębne przepisy;
- 2) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie ubezpieczonego, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, 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;
- 3) procedury medyczne nie uznane za gwarantowane lub rekomendowane.

2. Fundusz nie pokrywa kosztów przeprowadzanych badań oraz orzeczeń i zaświadczeń wydawanych dla celów innych niż określone w ust. 1, w tym związanych z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczenia społecznego, tymczasowym aresztowaniem, postępowaniem prowadzonym przez organy administracji publicznej, prokuraturę, sąd lub inne instytucje.

Art. 19. 1. Ubezpieczony przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji medycznej, który udziela świadczeń całodobowych ponosi koszty wyżywienia 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, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, ubezpieczonego.

2. Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji medycznej, 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. 20. 1. W przypadkach ograniczonych możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, świadczeniobiorca ma prawo do korzystania z rzetelnej, jawnej oraz opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń.

2. W tym celu świadczeniodawca:

- 1) prowadzi listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej;
- 2) określa, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej i stanem zdrowia ubezpieczonego, kolejność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) comiesięcznie przekazuje podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia i średnim czasie oczekiwania;
- 4) informuje świadczeniobiorcę o czasie oczekiwania na świadczenie opieki zdrowotnej oraz kryteriach, które zdecydowały o jego miejscu na liście oczekujących;
- 5) informuje ubezpieczonego o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie danego rodzaju świadczeń i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia u tego świadczeniodawcy;
- 6) comiesięcznie informuje właściwy oddział wojewódzki Funduszu o ilości świadczeń udzielonych odpłatnie pacjentom na podstawie art. 169.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej w stanach nagłych udzielane są niezwłocznie. W tym zakresie nie stosuje się przepisów ust. 1 i 2.

4. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia pacjentom, w przypadkach, o których mowa w ust. 3, udzielenie świadczeń zdrowotnych przez inny podmiot uprawniony do udzielania tych świadczeń.

5. Świadczeniobiorca ma prawo do refundacji wydatków poniesionych w związku udzieleniem mu świadczeń w stanie nagłym przez świadczeniodawców niezwiązanych umową o udzielanie tych świadczeń z podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, chyba, że miał możliwość uzyskania tych świadczeń u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

6. Refundacja, o której mowa w ust. 5, przysługuje w wysokości kosztów takich świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych przez podmiot zobowiązany do ich poniesienia.

7. Przepisy ust.1-5 nie dotyczą osób oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie określonych komórek, tkanek lub narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Art. 21. 1. Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, z wyjątkiem kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu zgodnie z przepisami o koordynacji.

2. Prezes Funduszu wydaje, na wniosek, ubezpieczonemu zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w przypadku, o którym mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71.

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

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w ust. 2, w tym podmiot uprawniony do złożenia wniosku;
- 2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1

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

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

Art. 22. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może, na wniosek, skierować ubezpieczonego do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego właściwego w danej dziedzinie medycyny.

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

- 1) wynikające z umów międzynarodowych zawartych z państwami niebędącymi członkami Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego;
- 2) powstałe na podstawie skierowania, o którym mowa w ust. 1, wraz z kosztami transportu ubezpieczonego za granicę i do kraju

- są finansowane z budżetu państwa.

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

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w ust. 1, w tym podmiot uprawniony do złożenia wniosku;
- 2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1;
- 3) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w ust. 2

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

Art. 23. 1. Fundusz realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób poprzez finansowanie działań w zakresie:

- 1) propagowania zachowań prozdrowotnych, w szczególności przez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- 2) prowadzenia działań w zakresie profilaktycznych badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- 3) prowadzenia działań profilaktycznych, w tym promocji zdrowia oraz profilaktyki stomatologicznej obejmującej dzieci i młodzież do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 18 roku życia;
- 4) prowadzenia badań profilaktycznych, w tym profilaktyki stomatologicznej obejmującej kobiety w ciąży;
- 5) profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- 6) wykonywania szczepień ochronnych;
- 7) wykonywania badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia uprawiających sport amatorski.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzeń, 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 kultury fizycznej i sportu, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób dokonywania kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakres koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwość w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu, uwzględniając potrzebę szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, 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 18 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.

Art. 24. Ubezpieczony 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 10% minimalnego wynagrodzenia za pracę, z zastrzeżeniem art. 69b ustawy, o której mowa w art. 207.

Art. 25. Ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego porad specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 69b ustawy, o której mowa w art. 207.

Art. 26. Ubezpieczony ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 69b ustawy, o której mowa w art. 207.

Art. 27. Ubezpieczony ma prawo wyboru podmiotu prowadzącego długoterminową opiekę pielęgniarstwa, który zawarł umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 69b ustawy, o której mowa w art. 207.

Art. 28. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń rehabilitacji leczniczej w celu zapobieżenia niepełnosprawności, jej usunięcia, ograniczenia lub złagodzenia jej skutków.

Art. 29. Ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza dentystry spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem art. 69b ustawy, o której mowa w art. 207.

2. Ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentystry oraz podstawowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń.

3. Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu mają prawo do bezpłatnych dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentystry oraz materiałów stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń.

Art. 30. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego.

Rozdział 2

Zaopatrzenie w leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz leczenie uzdrowiskowe, przejazd środkami transportu sanitarnego

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

2. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje ubezpieczonemu 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 i felczera.

Art. 32. Ubezpieczonemu przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przeznaczonych dla osób potrzebujących całonocnych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, 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 i leki recepturowe są wydawane ubezpieczonemu na podstawie recepty w aptekach ogólnodostępnych lub aptekach zakładowych podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych:

- 1) po wniesieniu opłaty ryczałtowej - za leki podstawowe i recepturowe;
- 2) za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ceny leku - za leki uzupełniające.

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

3. Opłata ryczałtowa nie może przekraczać 0,5% minimalnego wynagrodzenia w przypadku leku 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 - Prawo farmaceutyczne mogą być wydawane po wniesieniu opłaty ryczałtowej, pod warunkiem że konieczność ich sprowadzenia z zagranicy oraz refundacji potwierdzona została 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) wykazy leków podstawowych i uzupełniających,
- 2) wysokość opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe,
- 3) wysokość odpłatności za leki 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 Funduszu.

6. Wykazy leków podstawowych i uzupełniających, o najmniej dwa razy w roku.

których mowa w ust. 5 pkt 1, aktualizowane są co

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 stosowania oraz możliwości płatnicze Funduszu.

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, z zastrzeżeniem ust. 3.

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. Różne limity cen leków, o których mowa w ust. 1, mogą zostać ustalone w przypadku, gdy jest to uwarunkowane:

- 1) obniżeniem dopłaty wnoszonej przez pacjenta za nabywany lek;
- 2) zapewnieniem ciągłych dostaw leku na rynek.

5. Apteka ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia innego niż przepisany na receptę leku o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i w 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 przepisane leku.

6. 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, 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.

Art. 36. 1. 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.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, 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.

Art. 37. 1. Wytwórca lub importer leków i wyrobów medycznych, zwany dalej „wnioskodawcą”, może składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o ich umieszczenie w wykazach, o których mowa w art. 33 ust. 5 pkt 1 i art. 34 ust. 2 pkt 2.

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

- 1) oznaczenie 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 efektywności kosztowej oraz analizę wpływu na ogólne koszty refundacji;
- 7) pozytywną opinię Agencji w sprawie analiz, o których mowa w pkt 6.

3. Wnioski, o których mowa w ust. 1, rozpatruje Zespół do Spraw Gospodarki Lekami działający na podstawie 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 uwzględnienia 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 może 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 art. 33 ust. 5 pkt 1 i art. 34 ust. 2 pkt 2, występuje łącznie z

rozpatrywaniem informacji lub wniosku o ustalenie ceny urzędowej, łączny termin nie może 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. 38. 1. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługuje ubezpieczonym na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, z zastrzeżeniem art. 44.

2. Udział Funduszu w cenie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% limitu ceny określonego na podstawie ust. 4 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 ubezpieczonego dla dokonania naprawy użytkowanego przedmiotu ortopedycznego w okresie używalności ustalonym dla danego przedmiotu ortopedycznego.

Art. 39. 1. Leczenie uzdrowiskowe przysługuje ubezpieczonemu 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 ubezpieczonego oddział wojewódzki Funduszu.

3. Ubezpieczony 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. Fundusz pokrywa do wysokości określonej w umowie z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego oraz koszty, o których mowa w ust. 4.

4. Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej - do ukończenia 26 lat, 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 uzdrowiskowym i sanatorium uzdrowiskowym.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i warunki wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz tryb potwierdzania tego skierowania przez Fundusz, uwzględniając konieczność weryfikacji celowości skierowania na leczenie uzdrowiskowe, a także wysokość częściowej odpłatności ubezpieczonego za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym, uwzględniając sezonowość i standard usług.

Art. 40. 1. Ubezpieczonemu 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. Ubezpieczonemu 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 ubezpieczonemu 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 ubezpieczonego, w przypadkach określonych w ust. 3, w zależności od wskazań medycznych.

Rozdział 3

Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niektórych ubezpieczonych

Art. 41. 1. Ubezpieczonemu, który posiada tytuł „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, o którym mowa w art. 31.

2. Osoba uprawniona okazuje legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” wydaną przez Polski Czerwony Krzyż. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu osoby uprawnionej potwierdzającego jej uprawnienie.

[http://lexonline.lex.pl/cgi-](http://lexonline.lex.pl/cgi-bin/genhtml?id=404da1dd4fc9&comm=wersjeJR&akt=nr17014493&ver=8&jedn=a65)

[bin/genhtml?id=404da1dd4fc9&comm=wersjeJR&akt=nr17014493&ver=8&jedn=a65](http://lexonline.lex.pl/cgi-bin/genhtml?id=404da1dd4fc9&comm=wersjeJR&akt=nr17014493&ver=8&jedn=a65) Art. 42. 1. Inwalidom wojennym, ich współmałżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnionym do renty rodzinnej, a także osobom, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 2, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolem „Rp” i 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 albo felczer, o którym mowa w art. 31.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu osoby uprawnionej potwierdzającego jej uprawnienie.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określa, w drodze rozporządzenia, wzór recepty, o której mowa w ust. 2, rodzaj i numer dokumentu uprawniającego, sposób zaopatrywania, przechowywania i rozliczania recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji.

Art. 43. 1. Osobom:

1) które są inwalidami wojskowymi;

2) które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy, o której mowa w art. 7 pkt 5, i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów;

3) wymienionym w art. 42 i 59 ustawy, o której mowa w art. 7 pkt 5

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

2. Receptę dla osób, o których mowa w ust. 1, może wystawić lekarz albo felczer, o którym mowa w art. 31.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu osoby uprawnionej potwierdzającego jej uprawnienie.

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

Art. 44. Inwalidom wojennym i wojskowym przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego do wysokości limitu ceny, o którym mowa w art. 38 ust. 4.

Art. 45. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określa, w drodze rozporządzenia, wzór recept uprawniających do nabycia leku lub wyrobu medycznego, bezpłatnie lub za częściową odpłatnością, sposób zaopatrywania w druki recept, ich przechowywania, sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji.

Rozdział 4 Programy zdrowotne

Art. 46. 1. Program zdrowotny może opracować, wdrażać, realizować i finansować minister właściwy do spraw zdrowia, wojewoda, jednostka 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) badania i wdrożenia nowych procedur medycznych, przedsięwzięć profilaktycznych i nowych metod leczenia.

3. Program zdrowotny może być realizowany w okresie jednego roku lub mieć charakter wieloletni.

4. W przypadku realizacji wieloletniego programu zdrowotnego podmioty, o których mowa w ust. 1, mogą powołać radę programu zdrowotnego o charakterze pomocniczym do spraw oceny i monitorowania realizacji tego programu.

5. Podmiot, o którym mowa w ust. 1, może wyznaczyć koordynatora programu zdrowotnego.

6. Koszty koordynowania programu zdrowotnego są pokrywane ze środków przeznaczonych na realizację tego programu.

7. Wyboru realizatora programu zdrowotnego, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia z nim umowy, z zastrzeżeniem ust. 8 dokonuje Fundusz w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia, na zasadach i w trybie określonym dla umów zawieranych ze świadczeniodawcami.

8. Wyboru realizatora programu zdrowotnego, którego przedmiotem nie jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia z nim umowy, dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowy sposób prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych;

2) tryb wyboru realizatora programu;

3) tryb przekazywania środków publicznych na realizację tych świadczeń;

4) zadania rady programu zdrowotnego;

5) podmioty sprawujące ocenę jakości udzielanych świadczeń

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

Art. 47. Świadczenia opieki zdrowotnej objęte programem zdrowotnym udzielane są bez względu na uprawnienia wynikające z ubezpieczenia zdrowotnego i finansowane w całości ze środków publicznych podmiotu podejmującego decyzję o realizacji programu zdrowotnego, o których mowa w art. 46 ust. 1.

Rozdział 5 Obowiązki ubezpieczonego

Art. 48. 1. Ubezpieczony ubiegający się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązany przedstawić kartę ubezpieczenia zdrowotnego.

2. W przypadku:

1) nagłego zachorowania, wypadku lub zatrucia;

- 2) stanu zagrożenia życia;
- 3) porodu

- karta może zostać przedstawiona w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia, 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 zdrowotnych.

4. W razie nieprzedstawienia karty ubezpieczenia zdrowotnego w terminach, o których mowa w ust. 2 i 3, lub w przypadku gdy ubezpieczony nie opłacił składki na ubezpieczenie zdrowotne przez okres dłuższy niż miesiąc, świadczenie zostaje udzielone na koszt ubezpieczonego.

5. W razie nieodprowadzenia składki za ubezpieczonego przez zobowiązanego płatnika przez okres dłuższy niż miesiąc Fundusz obciąża tego płatnika poniesionymi kosztami świadczeń udzielonych ubezpieczonemu.

6. Nieprzedstawienie karty ubezpieczenia zdrowotnego w terminach określonych w ust. 2 i 3 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 zdrowotnego.

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. 1-4 nie stosuje się do świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom od dnia urodzenia do ukończenia 6 miesiąca życia.

Art. 49. 1. Osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego zobowiązana jest przedstawić poświadczenie.

2. Osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a rozporządzenia nr 1408/71 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) nagłego zachorowania, wypadku lub zatrucia;
- 2) stanu zagrożenia życia;
- 3) porodu

- przepisy art. 48 ust. 2 - 4, 6, 8 i 9 stosuje się odpowiednio.

DZIAŁ III ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Art. 50. 1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do podejmowania wszelkich działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, a w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

2. W ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniodawca zapewnia ubezpieczonym, zgodnie z zakresem swoich kompetencji, dostęp do badań diagnostycznych oraz całonocowej pomocy ambulatoryjnej i wyjazdowej w zachorowaniach, a także transport sanitarny w kosztach własnej działalności, z wyłączeniem stanów nagłych, które zabezpieczane są w ramach ratownictwa medycznego.

3. Osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach dziennej lub nocnej pomocy wyjazdowej korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.

4. Świadczenia zdrowotne znajdujące się w kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub też na podstawie odpowiednich porozumień przez innych świadczeniodawców.

5. Poza godzinami otwarcia placówek podstawowej opieki zdrowotnej, opieka lekarska w przypadkach zachorowań jest dostępna w ramach systemu opieki nocnej i świątecznej, do zorganizowania którego są zobowiązani świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej.

6. Organizację opieki, o której mowa w ust. 5, określa się w umowie na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

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

Art. 51. 1. Wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza oświadczenie woli ubezpieczonego złożone w formie deklaracji wyboru lekarza, deklaracji wyboru pielęgniarki i deklaracji wyboru położnej, zwanej dalej „deklaracją wyboru”.

2. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 1, składane jest na formularzu Funduszu.

3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej ma obowiązek każdorazowego sprawdzenia poprawności wypełnienia deklaracji wyboru. Świadczeniodawca udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przed przyjęciem deklaracji wyboru sprawdza uprawnienia pacjenta do korzystania ze świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie.

4. Wypełnione deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie, zapewniając ich dostępność ubezpieczonym, 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. 52. W uzasadnionych przypadkach, uwzględniając konieczność zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych, Prezesa Funduszu może, na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, po uzyskaniu opinii właściwego sejmiku województwa, ustalić maksymalną liczbę ubezpieczonych podstawowej opieki zdrowotnej indywidualnie.

Art. 53. Świadczeniodawca udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej może kierować pacjentów na badania diagnostyczne i leczenie specjalistyczne do świadczeniodawców, którzy zawarli z Funduszem umowę o udzielanie tych świadczeń zdrowotnych.

Art. 54. 1. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej są udzielane w ramach porad specjalistycznych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Skierowanie dla ubezpieczonego nie jest wymagane do świadczeń:

- 1) ginekologa i położnika;
- 2) dentysty;
- 3) dermatologa;
- 4) wenerologa;
- 5) onkologa;
- 6) okulisty;
- 7) psychiatry;
- 8) dla osób chorych na gruźlicę;
- 9) dla osób zakażonych wirusem HIV;
- 10) dla inwalidów wojennych;
- 11) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych - w zakresie leczenia odwykowego.

Art. 55. Ubezpieczony ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który podpisał umowę z Funduszem, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Art. 56. Fundusz zapewnia ubezpieczonemu świadczenia rehabilitacji leczniczej w celu zapobieżenia niepełnosprawności, jej usunięcia, ograniczenia lub złagodzenia jej skutków na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 57. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Art. 58. Ambulatoryjne specjalistyczne świadczenie zdrowotne udzielone ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli jest ono wymagane, opłaca ubezpieczony.

Art. 59. 1. Ubezpieczony ma prawo do refundacji przez Fundusz wydatków poniesionych w związku z uzyskaniem świadczeń zdrowotnych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub nagłego porodu, udzielanych przez świadczeniodawców niezwiązanych umową z Funduszem, o ile wykáže, że nie miał możliwości uzyskania tych świadczeń u świadczeniodawcy, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

2. Refundacja, o której mowa w ust. 1, przysługuje ubezpieczonemu do wysokości przeciętnych kosztów takich świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez Fundusz na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 60. 1. Leki i wyroby medyczne są wydawane ubezpieczonym w aptece na zasadach określonych w ustawie.

2. Apteka ma obowiązek w szczególności:

- 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 Fundusz lub na jego zlecenie przez organy nadzoru farmaceutycznego dokumentację, którą apteka jest obowiązana prowadzić na podstawie odrębnych przepisów;
- 3) przekazywać Funduszowi informacje zawarte w treści poszczególnych zrealizowanych recept na refundowane leki i wyroby medyczne.

Art. 61. 1. Apteka po przedstawieniu Funduszowi zestawień, o których mowa w ust. 5 pkt 2, nie częściej niż co 14 dni, otrzymuje refundację ceny leku lub wyrobu medycznego wydawanego ubezpieczonym bezpłatnie lub za częściową odpłatnością.

2. Refundacja, o której mowa w ust. 1, nie może przekraczać ustalonego limitu ceny, z zastrzeżeniem art. 42 i 43 ust. 1, i dokonywana jest przez Fundusz na zasadach, o których mowa w ust. 3-5.

3. Po przeanalizowaniu przedstawionych przez aptekę zestawień zbiorczych recept, nie później niż 15 dni od otrzymania zestawienia, Fundusz dokonuje refundacji, o której mowa w ust. 1.

4. W przypadku przekroczenia przez Fundusz terminu, o którym mowa w ust. 3, aptece przysługują odsetki ustawowe.

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

- 1) sposób przedstawiania przez apteki Funduszowi zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji;
- 2) wzór zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji

- uwzględniając terminy przedstawiania zestawień i warunki ich przedstawiania.

Art. 62. W przypadku nieprzekazania lub przekazania niezgodnie z ustawą danych, o których mowa w art. 60 ust. 2 pkt 3, oraz danych określonych zgodnie z art. 194, termin, o którym mowa w art. 61 ust. 3, może zostać przedłużony do czasu przekazania przez aptekę kompletnych danych.

Art. 63. 1. Fundusz przeprowadza kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń, a w szczególności kontrolę:

- 1) sposobu korzystania ze świadczeń przez ubezpieczonych, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania;
- 2) stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami;
- 3) sposobu korzystania ze świadczeń specjalistycznych i stosowanych procedur medycznych;
- 4) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji;
- 5) zasad wystawiania recept.

2. Kontrola dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych może być przeprowadzana tylko przez upoważnionych pracowników Funduszu posiadających wykształcenie medyczne z właściwej dziedziny medycyny.

3. Kontrolę jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych Fundusz może zlecić, w razie potrzeby, konsultantowi krajowemu lub wojewódzkiemu z właściwej dziedziny medycyny lub innej osobie posiadającej wykształcenie medyczne we właściwej dziedzinie medycyny.

4. Do kontroli, o której mowa w ust. 1, stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 185.

5. Podmiot kontrolowany stosuje się do zaleceń zawartych w wystąpieniu pokontrolnym.

DZIAŁ IV ZASADY USTALANIA ZAKRESU ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Rozdział³ 1 Ocena świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 64. 1. Świadczenie opieki zdrowotnej może zostać uznane za świadczenie gwarantowane jeżeli:

- 1) jest jedynym dostępnym sposobem postępowania w określonym przypadku;
- 2) wskaźnik skuteczności i bezpieczeństwa stosowania świadczenia do jego efektywności kosztowej jest wyższy w porównaniu ze wskaźnikami alternatywnych świadczeń, jakie mogą być stosowane w takiego samego rodzaju przypadkach;
- 3) jest uznane za właściwy, dopuszczalny i skuteczny w świetle aktualnej wiedzy medycznej sposób postępowania.

2. Świadczenie opieki zdrowotnej może zostać uznane za świadczenie rekomendowane jeżeli:

- 1) za świadczenie gwarantowane zostało uznane inne alternatywne świadczenie opieki zdrowotnej;
- 2) wskaźnik skuteczności i bezpieczeństwa stosowania świadczenia do jego efektywności kosztowej jest niższy w porównaniu ze wskaźnikami alternatywnych świadczeń uznanych za gwarantowane jakie mogą być stosowane w takiego samego rodzaju przypadkach;
- 3) świadczenie jest uznane za właściwy, dopuszczalny i skuteczny w świetle aktualnej wiedzy medycznej sposób postępowania.

3. Zasady finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, określone w ust. 1, nie naruszają zawartych umów międzynarodowych.

Art. 65.1. Świadczenie opieki zdrowotnej uznane za świadczenie rekomendowane może zostać uznane jednorazowo za gwarantowane, jeżeli w danym przypadku ze względu na stan zdrowia osoby nie jest możliwe zastosowanie żadnego ze świadczeń uznanych za świadczenia gwarantowane.

2. W przypadku, określonym w ust.1, o bezpłatnym udzieleniu świadczeniobiorcy decyduje podmiot obowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, a w stanie nagłym świadczeniodawca. Świadczeniodawca informuje o tym obowiązany do finansowania świadczeń uzasadniając swoją decyzję na piśmie.

3. Jeżeli w takich samych przypadkach mogą zostać zastosowane różne świadczenia o takiej samej skuteczności, do świadczeń gwarantowanych powinna zostać zakwalifikowana jako świadczenie o najwyższym wskaźniku, o którym mowa w art. 64 ust.1 pkt 2.

Art. 66. 1. Ubezpieczony ponosi częściową odpłatność za świadczenia rekomendowane, w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy ceną świadczenia rekomendowanego a średnią ceną świadczeń gwarantowanych możliwych do zastosowania w takim samym przypadku.

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

- 1) wysokość częściowej odpłatności ponoszonej ze środków publicznych za poszczególne świadczenia rekomendowane;
- 2) wysokość częściowej odpłatności o której mowa w ust.1

- uwzględniając wykaz cen opracowany przez Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych i Taryfikacji.

3. Odrębne przepisy mogą określić zasady, warunki i organizację dodatkowego ubezpieczenia z tytułu kosztów leczenia ubezpieczonego.

Rozdział 2**Polska Agencja Oceny Technologii Medycznych**

Art. 67. 1. Tworzy się Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych, zwaną dalej „agencją”.

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

3. Agencja jest zakładem budżetowym działającym na podstawie przepisów ustawy o finansach publicznych.

4. Siedzibą agencji jest miasto stołeczne Warszawa.

5. Agencja działa na podstawie ustawy i statutu.

Art. 68. 1. Do zadań agencji należy w szczególności:

- 1) rekomendowanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia poszczególnych świadczeń jako świadczeń gwarantowanych albo rekomendowanych;
- 2) określanie, czy procedury medyczne stosowane przez świadczeniodawców w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej spełniają kryteria bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności kosztowej;
- 3) opracowanie listy świadczeń zdrowotnych o nieznannej skuteczności i efektywności, których na podstawie analiz nie można jednoznacznie zakwalifikować do świadczeń gwarantowanych lub rekomendowanych;
- 4) opracowywanie raportów z oceny procedur medycznych wchodzących w zakres świadczeń gwarantowanych i rekomendowanych;
- 5) sporządzanie opinii w sprawie umieszczenia leku w wykazach, o których mowa w art. 33 ust. 5 pkt 1 i art. 34 ust. 4 pkt 2;
- 6) określanie wymogów, jakie jest obowiązany spełnić świadczeniodawca w celu uzyskania prawa do stosowania danej procedury.

2. Świadczenie zdrowotne może być wpisane na listę, o której mowa w ust 1 pkt 3 maksymalnie na okres 3 lat. Agencja zobowiązana jest w tym czasie do opracowania raportu oceniającego to świadczenie.

Art. 69. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze zarządzenia:

- 1) statut agencji;
- 2) wynagrodzenie Prezesa agencji.

Art. 70. 1. Agencją kieruje Prezes powoływany przez Prezesa Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia na pięcioletnią kadencję.

2. Prezes agencji jest odwoływany przez Prezesa Rady Ministrów.

3. Prezes kieruje agencją i reprezentuje ją na zewnątrz.

4. Do zakresu działania Prezesa agencji należy w szczególności:

- 1) kierowanie pracami agencji;
- 2) powoływanie i odwoływanie kierowników jednostek organizacyjnych agencji, ich zastępców oraz głównego księgowego agencji;
- 3) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w agencji;
- 4) zasady wynagradzania pracowników agencji;
- 5) koordynowanie współpracy agencji z organami administracji rządowej, w tym w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia, Funduszem, a także Komisją Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 6) przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia raportu z oceny procedury medycznej wchodzącej w zakres świadczeń gwarantowanych i rekomendowanych;
- 7) zlecanie i koordynowanie zadań ekspertom zewnętrznym.

Art. 71. 1. Na wniosek Prezesa 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 z winy umyślnej;
- 2) posiada co najmniej tytuł naukowy doktora nauk medycznych lub dziedzin pokrewnych;
- 3) posiada wiedzę i udokumentowane doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków eksperta;
- 4) nie pozostaje z wnioskodawcą w takim stosunku, który mógłby wywołać wątpliwości co do bezstronności tej osoby.

Art. 72. 1. Wnioski do agencji w sprawie oceny procedur medycznych wchodzących w zakres świadczeń gwarantowanych i rekomendowanych mogą składać w szczególności:

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) Fundusz;
- 3) samorządy zawodów medycznych;
- 4) świadczeniodawcy;
- 5) stowarzyszenia świadczeniobiorców;

- 6) państwowe uczelnie medyczne lub państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, oraz inne szkoły wyższe;
 - 7) jednostki badawczo – rozwojowe;
 - 8) producenci lub dystrybutorzy produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych.
2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, należy dołączyć raport z analizy skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej.
3. 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.
4. Z opłaty, o której mowa w ust 3 zwolniony jest minister właściwy do spraw zdrowia oraz Prezes Funduszu.
5. 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. 3.

Art. 73. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza projekt rocznego planu finansowego agencji i sprawozdanie z jego wykonania, a także roczne sprawozdanie z działalności agencji.

Art. 74. Agencja niezwłocznie po sporządzeniu raportu z oceny, o którym mowa w art. 68 ust. 1 pkt 3, publikuje go na swojej stronie internetowej.

Art. 75. 1. Niezwłocznie po sporządzeniu raportu z oceny, o którym mowa w art. 68 ust. 1 pkt 4, Prezes agencji przesyła go, celem zaopiniowania, Prezesowi Funduszu.

2. Prezes Funduszu, w terminie 30 dni od dnia otrzymania raportu z oceny, wydaje opinię i przesyła ją do Prezesa agencji.

3. Prezes agencji przesyła niezwłocznie raport, o którym mowa w art. 68 ust. 1 pkt 4 wraz opinią Prezesa Funduszu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia po otrzymaniu raportu przedstawia go powołanej przez siebie Radzie Naukowej oraz właściwym konsultantom krajowym, w celu zasięgnięcia opinii.

5. Rada Naukowa oraz właściwi konsultanci krajowi przedstawiają opinię, o której mowa w ust 4 w terminie 14 dni od dnia otrzymania raportu.

6. Po rozpatrzeniu raportu z oceny i zasięgnięciu opinii Rady Naukowej oraz właściwych konsultantów krajowych, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję w sprawie zakwalifikowania świadczenia jako świadczenia gwarantowanego albo rekomendowanego, którą następnie przesyła do Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych celem określenia cen procedur znajdujących się w raporcie z oceny.

7. Rada Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych określa ceny dla poszczególnych procedur znajdujących się w raporcie z oceny w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji, o której mowa w ust. 6.

8. Rada Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych może zwrócić się o dodatkowe dokumenty lub wyjaśnienia do agencji. W takim przypadku termin, o którym mowa w ust. 5, ulega zawieszeniu do dnia doręczenia Radzie dodatkowych dokumentów lub wyjaśnień.

9. Wykaz cen ustalonych zgodnie z ust. 6 i 7, Rada Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych przesyła niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 30 września danego roku, w drodze rozporządzenia, świadczenia uznane za świadczenia gwarantowane albo rekomendowane.

DZIAŁ V

ZASADY PODLEGANIA UBEZPIECZENIU ZDROWOTNEMU

Rozdział 1

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 77. 1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, z zastrzeżeniem art. 4 i 5 ust. 1 i 2, 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;

- 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. 84 pkt 3;
 - 20) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 5 ust. 1 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. 5 ust. 1 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.⁶⁾) niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 26) osoby pobierające zasiłek stały wyrównawczy z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 27) 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;
 - 28) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 29) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 30) kombatancki i osoby represjonowane niepodlegający ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty;
 - 31) osoby korzystające z urlopu wychowawczego niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 32) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 33) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1-32 i 34;
 - 34) 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, 24-27, 29 i 32.
3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do małżonków, wobec których orzeczono separację prawomocnym wyrokiem sądu.

Art. 78. 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.

⁶⁾ 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.

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

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

4. Zgłoszenia, o którym mowa w ust. 3, dokonuje się wraz ze zgłoszeniem osoby, o której mowa w ust. 1.

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

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

7. Osoba, o której mowa w ust. 2, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 5 ust. 2, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego 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.

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

Art. 79. 1. Osoba niewymieniona w art. 77 ust. 1 może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem art. 9 rozporządzenia nr 1408/71.

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, ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 5 ust. 2.

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 najniższemu wynagrodzeniu;

3) osobę, o której mowa w art. 5 ust. 1, stanowi kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

4. 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.

5. 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.

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

7. 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.

8. Opłata dodatkowa, o której mowa w ust. 6, nie dotyczy osób wymienionych w art. 4.

9. Przy obliczaniu opłaty dodatkowej, o której mowa w ust. 6, do okresu, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym (przerwy w ubezpieczeniu), dolicza się okres niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie przepisów **ustawy**, o której mowa w art. 248.

10. 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.

11. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o której mowa w ust. 1, i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny, o których mowa w art. 5 ust. 2, 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. 80. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 1 lit. a, c-h, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym, z zastrzeżeniem ust. 3.

2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 33, 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. 78 ust. 5.

4. Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego każda osoba może ubezpieczyć się na zasadach określonych w art. 79.

Art. 81. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 77 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. 77 ust. 1 pkt 5-13 i 15, powstaje z dniem nawiązania stosunku służbowego, a wygasa z dniem jego ustania.

Art. 82. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 14, powstaje z dniem przyznania im uposażenia, a wygasa z dniem utraty prawa do pobierania uposażenia.

Art. 83. 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. 84. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego:

1) uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 77 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. 77 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. 77 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. 77 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. 79;

4) osób, o których mowa w art. 77 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. 77 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. 77 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. 77 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. 77 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. 77 ust. 1 pkt 26, obejmuje okres od dnia przyznania zasiłku do dnia utraty prawa do jego pobierania;

10) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 27, 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. 77 ust. 1 pkt 28, 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. 77 ust. 1 pkt 29, 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;

13) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 30, 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;

14) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 31, powstaje z dniem rozpoczęcia urlopu, a wygasa z dniem zakończenia urlopu;

15) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 32, powstaje z dniem, w którym świadczenie alimentacyjne staje się wymagalne, a wygasa w dniu, w którym świadczenie to przestaje być wymagalne;

16) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 34, powstaje z dniem powołania na członka rady nadzorczej i przyznania świadczenia pieniężnego, a wygasa w dniu zaprzestania pełnienia tej funkcji.

Art. 85. 1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników oraz wymienionych w ust. 4-17 i art. 86 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego lub do ubezpieczenia społecznego rolników, z zastrzeżeniem art. 87 i art. 105 ust. 6.

2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 2-15, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego, z zastrzeżeniem art. 87.

3. Osoby pobierające emeryturę lub rentę zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, właściwy organ emerytalny lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę, albo bank lub inny podmiot 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.

4. 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.

5. Osoby, o których mowa w art. 77 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.

6. Dzieci, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 19, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej na wniosek opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka albo z własnej inicjatywy.

7. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 21, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio wyższe seminarium duchowne albo teologiczne lub zakon albo jego odpowiednik.

8. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 22, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

9. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 23, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.

10. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 24 i 25, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego urząd pracy.

11. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 26, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej.

12. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 27, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego wójt, burmistrz lub prezydent miasta.

13. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 28 i 29, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub indywidualny program zatrudnienia socjalnego.

14. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 30, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.

15. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 31, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.

16. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 33, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te obowiązane są zgłosić się w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu ich zarejestrowania.

17. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 34, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający świadczenie pieniężne.

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

Art. 87. 1. Zgłoszenia, o których mowa w art. 85 i 86, kierowane są do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

2. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, powinny zawierać:

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 zgłaszaną do ubezpieczenia zdrowotnego;

2) wskazanie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w przypadku osób, o których mowa w art. 77 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 razie 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. 5 ust. 2, 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 razie 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.

Art. 88. 1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonemu, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub 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. 89. 1. Osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, w celu korzystania ze świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Fundusz wydaje dokument potwierdzający prawo do świadczeń zdrowotnych, zwany dalej „poświadczeniem”, z zastrzeżeniem art. 49.

2. Poświadczenie zawiera następujące dane:

1) imiona i nazwisko;

2) datę urodzenia;

3) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano tego numeru - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu, albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych;

4) adres miejsca zamieszkania;

5) nazwę instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia zdrowotne;

6) adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

7) zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji;

8) okres przysługiwania świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

9) numer poświadczenia.

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

Art. 90. 1. Płatnik składek przekazuje do Funduszu imienne raporty miesięczne, po upływie każdego miesiąca kalendarzowego, w terminie ustalonym dla rozliczania składek.

2. Jeżeli obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego wygasł w ciągu miesiąca kalendarzowego, płatnik składek przekazuje do Funduszu raport, o którym mowa w ust. 1, za okres ubezpieczenia w danym miesiącu, w terminie i na zasadach określonych w art. 93 ust. 1 i 2.

3. Imienny raport miesięczny zawiera informacje dotyczące płatnika składek określone w art. 91 ust. 5 i 6, miesiąc i rok, których raport dotyczy, oraz:

1) numery identyfikacyjne ubezpieczonego z numerami PESEL i NIP, a w razie gdy ubezpieczonemu nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;

2) nazwisko i imię;

3) wymiar czasu pracy.

4. Imienny raport miesięczny zawiera również datę sporządzenia raportu miesięcznego, podpis płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej.

5. Płatnik składek jest obowiązany złożyć imienny raport miesięczny korygujący w formie nowego dokumentu zawierającego wszystkie prawidłowe informacje określone w ust. 3 i 4, jeżeli zachodzi konieczność korekty danych podanych w imiennym raporcie miesięcznym w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości:

1) przez płatnika składek we własnym zakresie;

2) przez Fundusz.

Płatnik składek jest obowiązany dokonać sprawdzenia prawidłowości danych przekazanych do Funduszu w imiennym raporcie miesięcznym dotyczącym danego roku kalendarzowego nie później niż do dnia 30 kwietnia następnego roku kalendarzowego. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości płatnik składek jest zobowiązany postąpić w sposób określony w ust. 5 i 7.

7. Płatnik składek jest obowiązany złożyć imienny raport miesięczny korygujący, o którym mowa w ust. 5, w terminie 7 dni od stwierdzenia nieprawidłowości we własnym zakresie lub otrzymania zawiadomienia o stwierdzeniu nieprawidłowości przez Fundusz, z zastrzeżeniem ust. 8.

8. Jeżeli konieczność korekty danych podanych w imiennym raporcie miesięcznym jest wynikiem stwierdzenia nieprawidłowości przez Fundusz w drodze:

1) decyzji - imienny raport miesięczny korygujący powinien być złożony nie później niż w terminie 7 dni od uprawomocnienia się decyzji;

2) kontroli - imienny raport miesięczny korygujący powinien być złożony nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

9. Informacje zawarte w raportach, o których mowa w ust. 1-5, płatnik składek przekazuje ubezpieczonemu na piśmie.

10. Informacja, o której mowa w ust. 9, powinna zawierać także datę jej sporządzenia oraz podpis płatnika lub osoby przez niego upoważnionej.

11. Ubezpieczony zgłasza na piśmie lub do protokołu do płatnika składek wnioski o sprostowanie informacji zawartych w imiennym raporcie miesięcznym w terminie 3 miesięcy od otrzymania informacji, o których mowa w ust. 9, jeżeli, jego zdaniem, nie są one zgodne ze stanem faktycznym. O fakcie tym informuje Fundusz. W razie nieuwzględnienia przez płatnika składek reklamacji

w terminie jednego miesiąca od daty jej wpływu, na wniosek ubezpieczonego, Fundusz po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego wydaje decyzję.

12. Jeżeli ubezpieczony nie zakwestionuje informacji zawartych w imiennym raporcie miesięcznym w terminie określonym w ust. 11, to informacje te uznaje się za zgodne ze stanem faktycznym, chyba że informacje dotyczące okresu objętego raportem zakwestionuje Fundusz, wydając decyzję.

13. Jeżeli Fundusz zakwestionuje i zmieni informacje przekazane przez płatnika składek, zawiadamia o tym ubezpieczonego i płatnika składek. Jeżeli w terminie określonym w ust. 11 osoba ubezpieczona i płatnik składek nie złożą wniosku o zmianę stanowiska Funduszu, informacje uznane przez Fundusz traktuje się jako prawdziwe. W razie złożenia takiego wniosku, Fundusz po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego wydaje decyzję.

14. Przepisy ust. 11-13 mają zastosowanie do raportów, o których mowa w ust. 5.

Art. 91. 1. Płatnicy składek są obowiązani do złożenia druku - zgłoszenie płatnika składek w Funduszu w terminie 7 dni od:

1) daty zatrudnienia pierwszego pracownika lub powstania stosunku prawnego uzasadniającego objęcie ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi pierwszej osoby,

2) daty powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego dla ubezpieczonych wyłącznie zobowiązanych do płacenia składek na własne ubezpieczenie albo składek na ubezpieczenie osób z nimi współpracujących.

2. Osoby, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 1 lit. c, oraz osoby podlegające dobrowolnie ubezpieczeniu wyłącznie zobowiązane do opłacania składek na własne ubezpieczenie, dokonują zgłoszenia płatnika składek łącznie ze zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Płatnik składek jest obowiązany złożyć druk - zgłoszenie płatnika składek, o którym mowa w ust. 1, w formie dokumentu pisemnego według ustalonego wzoru we wskazanej przez Fundusz jednostce organizacyjnej Funduszu.

4. Do zgłoszenia, o którym mowa w ust. 3, płatnik składek jest zobowiązany dołączyć kopie decyzji urzędu skarbowego o nadaniu numeru NIP i zaświadczenia urzędu statystycznego o nadaniu aktualnego numeru REGON.

5. Zgłoszenie płatnika składek - osoby fizycznej zawiera w szczególności następujące dane: numery NIP i REGON, a w razie gdy płatnikowi składek nie nadano tych numerów lub jednego z nich - numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu, nazwisko, imię pierwsze i drugie, datę i miejsce urodzenia, obywatelstwo, rodzaj i numer uprawnienia, na podstawie którego prowadzona jest pozarolnicza działalność, nazwę organu wydającego uprawnienie oraz datę jego wydania, nazwę skróconą firmy, pod którą prowadzona jest pozarolnicza działalność, datę powstania obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, wykaz rachunków bankowych, adres siedziby, adres zamieszkania, jeżeli jest inny niż adres siedziby, adres do korespondencji, adres prowadzenia działalności.

6. Zgłoszenie płatnika składek - osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej zawiera w szczególności następujące dane: numery NIP i REGON, nazwę skróconą płatnika, nazwę zgodną z aktem prawnym konstytuującym płatnika, nazwę organu założycielskiego płatnika, występowanie obowiązku wpisu do rejestru lub ewidencji, nazwę organu rejestrowego lub ewidencyjnego, datę i numer wpisu do rejestru lub ewidencji, datę powstania obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, wykaz rachunków bankowych, adres siedziby i adres do korespondencji, adres prowadzenia działalności.

Art. 92. 1. Płatnik składek jest obowiązany według zasad wynikających z przepisów ustawy obliczać, potrącać, rozliczać oraz opłacać należne składki za każdy miesiąc kalendarzowy.

2. Rozliczenie składek, o których mowa w ust. 1, w deklaracji rozliczeniowej według ustalonego wzoru.

3. Deklarację rozliczeniową oraz imienne raporty miesięczne płatnik składek przekazuje bezpośrednio do wskazanej przez Fundusz jednostki organizacyjnej.

4. Deklaracja rozliczeniowa zawiera:

1) dane identyfikacyjne płatnika składek, nazwę skróconą firmy, a w przypadku płatników składek - osób fizycznych - nazwisko i imię;

2) informacje o liczbie ubezpieczonych;

3) zestawienie zbiorcze i wynikowe należnych składek oraz kwot do zapłaty;

4) oświadczenie płatnika składek, że dane zawarte w deklaracji są zgodne ze stanem faktycznym, potwierdzone podpisem płatnika składek lub osoby przez niego upoważnionej albo podpisem elektronicznym.

Art. 93. 1. Płatnik składek przesyła w tym samym terminie deklarację rozliczeniową, imienne raporty miesięczne oraz opłaca składki za dany miesiąc, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, nie później niż:

1) do 10 dnia następnego miesiąca - dla osób fizycznych opłacających składkę wyłącznie za siebie;

2) do 5 dnia następnego miesiąca - dla jednostek budżetowych, zakładów budżetowych i gospodarstw pomocniczych w rozumieniu art. 18 ust. 1, art. 19 ust. 1 i art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148, Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 594, Nr 96, poz. 874, Nr 166, poz. 1611 i Nr 189, poz. 1851 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177);

3) do 15 dnia następnego miesiąca - dla pozostałych płatników.

2. Płatnik składek, który opłaca składki wyłącznie za siebie, przysyła jedynie deklarację rozliczeniową.

3. Osoby prowadzące pozarolniczą działalność, opłacające składki wyłącznie za siebie lub osoby z nimi współpracujące, są zwolnione z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej lub imiennych raportów miesięcznych za kolejny miesiąc, jeżeli nie nastąpiła żadna zmiana w stosunku do miesiąca poprzedniego, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Osoby, o których mowa w ust. 3, opłacające składki od 60% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, są zwolnione z obowiązku składania deklaracji rozliczeniowej lub imiennych raportów miesięcznych za kolejny miesiąc także wówczas, gdy zmiana w stosunku do miesiąca poprzedniego jest spowodowana wyłącznie zmianą tego wynagrodzenia.

5. Płatnik składek jest zobowiązany złożyć, z zastrzeżeniem ust. 6, deklarację rozliczeniową korygującą w formie nowego dokumentu zawierającego wszystkie prawidłowe dane określone w art. 92 ust. 4 w każdym przypadku, o którym mowa w art. 90 ust. 5, łącznie z raportem miesięcznym korygującym.

6. Imiennych raportów miesięcznych nie składa się w przypadku, gdy korekta dotyczy wyłącznie danych wykazanych w deklaracji rozliczeniowej.

7. W przypadkach, o których mowa w ust. 5 i 6, stosuje się odpowiednio art. 90 ust. 6-8.

8. Kopie deklaracji rozliczeniowych i imiennych raportów miesięcznych oraz dokumentów korygujących te dokumenty płatnik składek zobowiązany jest przechowywać przez okres 10 lat od dnia ich przekazania do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, w formie dokumentu pisemnego lub elektronicznego.

9. Składkę opłaca się na wskazany przez Fundusz rachunek bankowy.

10. Składkę, o której mowa w ust. 9, płatnik składek opłaca przy użyciu:

1) bankowych dokumentów płatniczych składanych za pośrednictwem banku;

2) dokumentu elektronicznego z programu informatycznego udostępnianego płatnikom składek przez bank;

3) dokumentu w postaci uzgodnionej z instytucją obsługującą wpłaty składek na ubezpieczenia społeczne - zwanych dalej „dokumentami płatniczymi”.

11. Płatnik składki jest obowiązany opłacać należności z tytułu składki, o której mowa w ust. 9, w formie bezgotówkowej w drodze obciążenia rachunku bankowego płatnika składek, z zastrzeżeniem ust. 12.

12. Przepisu ust. 11 nie stosuje się do płatników składek będących osobami fizycznymi, jeżeli nie prowadzą pozarolniczej działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

13. W przypadku stwierdzenia niezgodności danych identyfikacyjnych płatnika składek, o którym mowa w ust. 11, podanych w zleceniu płatniczym z danymi zawartymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, Fundusz informuje instytucję prowadzącą rachunek bankowy płatnika składki o obowiązku przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w celu wyeliminowania tych niezgodności.

14. Informacje zawarte w dokumentach płatniczych przekazywane są w formie elektronicznego zlecenia płatniczego poprzez międzybankowy system elektroniczny jako zlecenie płatnicze dla Funduszu lub poprzez system elektronicznych rozrachunków międzyoddziałowych Narodowego Banku Polskiego. Zlecenie to powinno w szczególności zawierać informacje o płatniku, a także o tytule wpłaty i okresie, za jaki jest dokonywana, oraz datę obciążenia rachunku bankowego płatnika, jeżeli wpłata dokonana jest w formie polecenia przelewu, lub datę dokonania wpłaty, jeżeli wpłata dokonana jest w formie gotówkowej.

15. Zlecenia płatnicze przekazywane w formie innej niż forma elektronicznego zlecenia płatniczego nie są przyjmowane.

16. Dokument płatniczy musi zawierać w szczególności informacje o płatniku, a także o tytule wpłaty oraz okresie, za jaki jest dokonywana.

17. Brak możliwości zidentyfikowania wpłaty nie obciąża Funduszu.

18. Instytucje obsługujące wpłaty składek na ubezpieczenia zdrowotne są zobowiązane do niezwłocznego transferu za pośrednictwem międzybankowego systemu rozliczeń elektronicznych.

19. Instytucje obsługujące wpłaty składek są obowiązane do zawiadamiania Funduszu o błędach stwierdzonych w zleceniu płatniczym, o którym mowa w ust. 14, w formie elektronicznej lub pisemnej.

Art. 94. 1. Płatnicy składek są zobowiązani przekazywać zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, imienne raporty miesięczne, o których mowa w art. 90 ust. 3, deklaracje rozliczeniowe, o których mowa w art. 92 ust. 4, inne dokumenty niezbędne do korekty tych dokumentów poprzez teletransmisję danych w formie dokumentu elektronicznego z aktualnego programu informatycznego udostępnionego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „Zakładem”, z zastrzeżeniem ust. 2-5.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do korekt zgłoszenia płatnika składek.

3. Płatnicy składek rozliczający składki nie więcej niż za 5 osób mogą przekazywać dokumenty, o których mowa w ust. 1, w formie dokumentu pisemnego według ustalonego wzoru albo w formie wydruku z aktualnego programu informatycznego udostępnionego przez Fundusz.

4. Fundusz ponosi koszty certyfikatów klucza publicznego wydawanych płatnikom składek przez wskazany przez Zakład podmiot świadczący usługi certyfikacyjne.

5. W uzasadnionych przypadkach Fundusz może upoważnić płatnika składek rozliczającego składki za więcej niż 5 osób do przekazywania dokumentów, o których mowa w ust. 1, w formie dokumentu pisemnego według ustalonego wzoru albo w formie wydruku lub poprzez nośniki elektroniczne w formie dokumentu elektronicznego z aktualnego programu informatycznego udostępnionego przez Zakład.

6. Dokumenty przekazywane w sposób niezgodny z wymogami określonymi w ust. 1 i 3 nie są przez Fundusz przyjmowane, co jest równoznaczne z nieprzekazaniem dokumentów.

7. Fundusz nie przyjmuje dokumentów, o których mowa w ust. 1 i 3, które nie mogą być przetworzone przy użyciu technologii automatycznego odczytu stosowanej przez Zakład, co traktuje się jak nieprzekazanie dokumentów.

8. Płatnikom składek, o których mowa w ust. 1, Fundusz może przekazywać informacje w formie dokumentu elektronicznego poprzez teletransmisję danych.

9. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakie muszą spełnić płatnicy składek przekazujący dokumenty, o których mowa w ust. 1, w formie dokumentu elektronicznego poprzez teletransmisję danych, uwzględniając potrzebę zapewnienia warunków niezbędnych dla prawidłowego przekazywania dokumentów.

Art. 95. 1. Jeżeli płatnik składek nie złoży w terminie deklaracji rozliczeniowej, nie będąc z tego obowiązku zwolniony, Fundusz dokonuje wymiaru składek z urzędu w wysokości wynikającej z ostatnio złożonej deklaracji rozliczeniowej, zawiadamiając o tym płatnika.

2. Jeżeli po wymierzeniu składek z urzędu płatnik składek złoży deklarację rozliczeniową, Fundusz koryguje wymiar składek do wysokości wynikającej ze złożonej deklaracji rozliczeniowej.

Art. 96. 1. Fundusz może sporządzać z urzędu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, imienne raporty miesięczne, o których mowa w art. 90 ust. 3, zgłoszenia płatnika składek, o których mowa w art. 91 ust. 5 i 6, deklaracje rozliczeniowe, o których mowa w art. 92 ust. 4, oraz dokumenty korygujące te dokumenty.

2. Fundusz może korygować z urzędu błędy stwierdzone w zgłoszeniach do ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportach miesięcznych, o których mowa w art. 90 ust. 3, zgłoszeniach płatnika składek, o których mowa w art. 91 ust. 5 i 6, deklaracjach rozliczeniowych, o których mowa w art. 92 ust. 4, w dokumencie płatniczym, o którym mowa w art. 93 ust. 10, oraz w dokumentach korygujących te dokumenty.

3. Fundusz może żądać od płatnika składek ponownego złożenia zgłoszenia płatnika składek, o którym mowa w art. 91 ust. 5 i 6, lub zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli zgłoszenia te nie zostały zidentyfikowane w systemie informatycznym Funduszu.

Art. 97. 1. Dowodem objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego zawiera następujące dane osobowe:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) numer PESEL;
- 3) kod płatnika składki;
- 4) numer karty.

3. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

- 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) gromadzenia danych o osobach ubezpieczonych w Funduszu;
- 3) gromadzenia danych o osobach uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;
- 4) wydawania poświadczeń i zaświadczeń, o których mowa w art. 88;
- 5) rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

4. 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 oraz konieczność ochrony tych danych zgodnie z odrębnymi przepisami.

Rozdział 2

Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 98. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 99 ust. 1, art. 101 i 238.

2. Składka jest miesięczna i niepodzielna.

Art. 99. 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, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Podstawą wymiaru składki dla rolnika prowadzącego działkę 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. 77 ust. 1 pkt 33, oraz dla domowników, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 33, 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** o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Art. 100. 1. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 1 lit. a, d-h 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. 77 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. 77 ust. 1 pkt 5-10, 12 i 13, stanowi kwota odpowiadająca uposażeniu tych osób.

4. Podstawę wymiaru składek osób, o których mowa w art. 77 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** 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. 77 ust. 1 pkt 14 i 15, jest kwota odpowiadająca wysokości uposażenia albo wynagrodzenia tych osób;

2) osób, o których mowa w art. 77 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;

3) osób, o których mowa w art. 77 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. 77 ust. 1 pkt 22 i 23, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium;

5) osób, o których mowa w art. 77 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. 77 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. 77 ust. 1 pkt 26, jest kwota odpowiadająca wysokości renty socjalnej lub zasiłku stałego wyrównawczego z pomocy społecznej;

8) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 27, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

8) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 28-30, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

9) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 31, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

10) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 32, jest kwota odpowiadająca kwocie faktycznie otrzymanych alimentów, nie wyższa jednak od wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

11) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 34, jest przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, otrzymywany z tytułu pełnionej funkcji.

9. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób, o których mowa w art. 77 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.

10. Rada Ministrów określa, 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. 101. 1. W przypadku gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 77 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. 77 ust. 1, ubezpieczony uzyskuje więcej niż jeden przychód, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego z uzyskanych przychodów odrębnie.

3. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 77 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

4. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 77 ust. 1, gdy 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.

5. 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. 77 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.

6. 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. 77 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.

7. 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. 77 ust. 1 pkt 1 lit. c.

8. 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. 77 ust. 1 pkt 1 lit. a, albo

2) art. 77 ust. 1 pkt 16

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

Art. 102. 1. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 104 ust. 1-11, zgodnie z przepisami art. 98-101 jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy, o której mowa w art. 111 ust. 1 pkt 1, 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, o której mowa w art. 111 ust. 1 pkt 1, 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. 77 ust. 1 pkt 1 i 16;

3) kwota stanowiąca równowartość ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy przysługująca na podstawie odrębnych przepisów osobom, o których mowa w art. 18 ust. 12 ustawy, o której mowa w art. 7 pkt 17;

4) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 74 ustawy, o której mowa w art. 111 ust. 1 pkt 1, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 16

- składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 98-101.

3. W przypadku nieobliczania zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych przez płatnika zgodnie z przepisami ustawy, o której mowa w art. 111 ust. 1 pkt 1, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.

4. Płatnik składek przekazuje w formie elektronicznej, w terminie, o którym mowa w art. 106 ust. 1, do właściwego oddziału wojewódzkiego 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. 103. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, z zastrzeżeniem art. 104 i 105.

Art. 104. 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 pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 85, z późn. zm.⁷⁾) - podmiot obowiązany do wypłaty tych świadczeń.

2. Za funkcjonariuszy, o których mowa w art. 100 ust. 7, składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza szkoła Państwowej Straży Pożarnej.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

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

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

8. Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty emerytury lub renty, o której mowa w art. 100 ust. 8 pkt 2, i odprowadza Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, inny organ emerytalno - rentowy lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę, albo bank lub inny podmiot dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy.

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U.

9. 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.

10. Za osobę, o której mowa w art. 77 ust. 1 pkt 22, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

11. Za osobę, o której mowa w art. 77 ust. 1 pkt 23, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający stypendium.

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

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

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

Art. 105. 1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) rolników, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 33, oraz domowników, z wyjątkiem rolników prowadzących działy specjalne produkcji rolnej, opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 2) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 2, opłaca Minister Obrony Narodowej;
- 3) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 4, opłaca minister właściwy do spraw wewnętrznych;
- 4) dzieci, uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 17 i 18, przebywających w placówce pełniącej funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze lub w domu pomocy społecznej opłaca placówka lub dom, a uczniów i słuchaczy nieprzebywających w takiej placówce, 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. 77 ust. 1 pkt 19, opłaca ośrodek pomocy społecznej;
- 6) osób, o których mowa w art. 77 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. 77 ust. 1 pkt 25, opłaca właściwy urząd pracy;
- 8) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 26, opłaca podmiot wypłacający to świadczenie;
- 9) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 27, opłaca wójt burmistrz lub prezydent miasta;
- 10) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 28 i 29, opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub indywidualny program zatrudnienia socjalnego;
- 11) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 30, opłaca Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych;
- 12) osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 31, opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
- 13) osób, o których mowa w art. 5 ust. 1 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, 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 dotacje z budżetu państwa.

6. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 77 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. 106. 1. Pobór i ewidencjonowanie składek należy do zadań Funduszu.

2. Fundusz może zlecać wykonywanie zadań, o których mowa w ust. 1, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

3. Wynagrodzenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z tytułu wykonywania zadań, o których mowa w ust. 2, określają umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wynagrodzenie to nie może być wyższe niż 0,25% kwoty tej części składek przekazanych do centrali Funduszu, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego) również w zakresie wysokości wpłat.

Art. 107. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 77 ust. 1 pkt 6-13, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostkę, uwzględniając sposób zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Art. 108. 1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz należności z tytułu odsetek za zwłokę nieopłacone w terminie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

2. Należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym składka stała się wymagalna.

3. Bieg przedawnienia przerywa odroczenie terminu płatności, rozłożenie spłaty należności na raty i każda inna czynność zmierzająca do ściągnięcia należności, jeżeli o czynności tej został zawiadomiony dłużnik. Należności z tytułu składek nie można jednak dochodzić, jeżeli od terminu ich wymagalności upłynęło 10 lat.

Art. 109. Zwrotu nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne nie można dochodzić, jeżeli od dnia ich opłacenia upłynęło 5 lat.

Art. 110. 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 (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.⁶⁾);

2) od zryczałtowanego podatku dochodowego z tytułu dochodów osiąganych przez osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą oraz przez osoby duchowne - 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.⁷⁾).

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. 111. 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.

5. Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje statut Funduszowi, uwzględniając w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu i siedziby oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Art. 112. 1. Celem Funduszu jest zarządzanie środkami pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz wydatkowanie tych środków na koszty świadczeń udzielonych przez świadczeniodawców w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i skoordynowanej opieki zdrowotnej.

2. Fundusz w ramach realizacji celu, o którym mowa w ust. 1:

- 1) zarządza środkami finansowymi pochodzącymi ze składek ubezpieczonych na ubezpieczenie zdrowotne;
- 2) finansuje świadczenia zdrowotne oraz zapewnia refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych.

3. Do zakresu działania Funduszu należy również:

- 1) zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocja zdrowia;
- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, a także monitorowanie ich realizacji i rozwiązywanie;
- 3) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów w szczególności w oparciu o wyniki działalności Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 4) wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności programów zdrowotnych;
- 5) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;
- 6) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

4. Fundusz nie prowadzi działalności gospodarczej.

5. Fundusz nie prowadzi zakładów opieki zdrowotnej, nie może być ich właścicielem ani nie może posiadać w jakiejkolwiek 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.

Art. 113. 1. W skład Funduszu wchodzi:

- 1) centrala Funduszu;
- 2) oddziały wojewódzkie Funduszu.

2. Oddziałem wojewódzkim Funduszu kieruje dyrektor.

3. Do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należą:

- 1) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 2) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;

- 3) dbanie o właściwą realizację planu finansowego Funduszu w zakresie, w jakim dotyczy danego oddziału wojewódzkiego;
- 4) kontrola świadczeniodawców i aptek;
- 5) monitorowanie udzielanych w ramach umów świadczeń zdrowotnych;
- 6) nabywanie praw i zaciąganie zobowiązań w imieniu Funduszu;
- 7) wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego;
- 8) wykonywanie innych zadań zleconych przez Prezesa Funduszu;
- 9) kierowanie bieżącą działalnością oddziału;
- 10) udzielanie informacji, na żądanie Rady Funduszu, o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego.
4. Dyrektor oddziału może wykonywać inne niż określone w ust. 3 zadania na podstawie pisemnego upoważnienia Prezesa Funduszu.
5. Oddziały wojewódzkie Funduszu tworzone są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa.
6. W oddziałach wojewódzkich mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach określonych w statucie Funduszu.
7. Oddziały wojewódzkie są instytucjami właściwymi w rozumieniu przepisów o koordynacji.
8. Techniczno-organizacyjną obsługę organów Funduszu sprawuje centrala Funduszu.

Art. 114. 1. Organami Funduszu są:

- 1) Prezes Funduszu;
 - 2) Rada Funduszu.
2. W sprawach niezastrzeżonych do zakresu zadań Rady Funduszu organem właściwym jest Prezes Funduszu.

Art. 115. 1. Rada Funduszu składa się z 8 osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów na 5 lat, z zastrzeżeniem art. 239, przy czym:

- 1) 1 członka - Przewodniczącego Rady, powołuje się na wspólny wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
 - 2) 1 członka - powołuje się na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich;
 - 3) 1 członka powołuje się na wniosek Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu.
2. Rada Funduszu działa na podstawie ustawy oraz uchwalonego przez siebie na pierwszym posiedzeniu regulaminu.
3. Prezes Rady Ministrów ustala, w drodze rozporządzenia, wynagrodzenie członków Rady Funduszu, uwzględniając zakres zadań Rady
4. W skład Rady Funduszu mogą wchodzić wyłącznie osoby, które spełniają łącznie poniższe kryteria:
- 1) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo umyślne;
 - 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) dyrektorami oddziałów wojewódzkich Funduszu;
 - 2) pracownikami Funduszu;
 - 3) świadczeniodawcami;
 - 4) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
 - 5) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
 - 6) członkami organów lub pracownikami Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
 - 7) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1991 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62, z późn. zm.⁸⁾).

Art. 116. 1. Do zadań Rady Funduszu należy w szczególności:

- 1) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
- 2) odwoływanie Prezesa Funduszu z pominięciem wniosku, o którym mowa w pkt 1 - w szczególnie uzasadnionych przypadkach;
- 3) powoływanie i odwoływanie zastępców Prezesa Funduszu na wniosek Prezesa Funduszu;
- 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 rocznego sprawozdania z działalności Funduszu;
- 6) ocena pracy Prezesa Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i przedstawianie wniosków do ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych;

7) podejmowanie uchwał dotyczących majątku Funduszu, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu;

8) zatwierdzanie systemu wynagradzania pracowników Funduszu;

9) 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. 2 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. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu Prezes Rady Ministrów odwołuje 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 posiedzeniach Rady Funduszu przez okres nie krótszy niż 3 miesiące;

4) naruszenia przepisów art. 115 ust. 5;

5) prawomocnego skazania za przestępstwo umyślne.

5. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu Prezes Rady Ministrów może odwołać także na podstawie wniosku podmiotu, na wniosek którego został powołany.

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. 115 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 śmierci poprzedniego jej członka.

8. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, tryb zgłaszania kandydatów na członków Rady Funduszu, uwzględniając terminy zgłaszania członków, formę zgłoszeń oraz zakres zadań Rady Funduszu.

Art. 117. 1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.

2. Prezesa Funduszu powołuje i odwołuje Rada Funduszu na wspólny wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

3. W szczególnie uzasadnionych przypadkach 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 Funduszu i sprawozdań finansowych oraz przedkładanie ich ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz 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) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;

9) bieżące nadzorowanie działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu;

10) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ich uchwalenia;

11) przygotowanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów;

12) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;

13) przedstawianie Radzie Funduszu propozycji w sprawie ustalenia i zmian systemu wynagradzania pracowników Funduszu;

14) 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 związkami pracodawców;

15) składanie Radzie Funduszu wniosków o powoływanie i odwoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu;

16) powoływanie i odwoływanie zastępców dyrektorów oddziałów wojewódzkich oraz głównych księgowych, na wniosek dyrektorów oddziałów wojewódzkich;

17) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników Funduszu;

18) rozpatrywanie odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego.

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 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 z rozpatrywaniem indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego.

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

Art. 118. 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. Jednego Zastępcę Prezesa powołuje i odwołuje Rada Funduszu, na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości.

4. 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 o działalności ubezpieczeniowej.

Art. 119. 1. Roczny plan finansowy Funduszu, sprawozdanie finansowe Funduszu, sprawozdanie z działalności Funduszu minister właściwy do spraw zdrowia w formie komunikatu kieruje do publikacji w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski B".

2. Projekty, 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. 120. Fundusz w celach informacyjnych i promocyjnych wydaje Biuletyn Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 121. 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 oraz wymierzania i pobierania składek.

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

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje sprawę w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia jej wniesienia.

4. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w ust. 1, wnosi się do Prezesa Funduszu.

Art. 122. 1. Od decyzji Prezesa Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje odwołanie do właściwego sądu w terminach i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych.

2. Prezes Funduszu może zmienić lub uchylić decyzję, o której mowa w art. 121 ust. 1, w terminie 14 dni od dnia wniesienia odwołania.

Art. 123. 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.

Art. 124. 1. W skład rad oddziałów wojewódzkich Funduszu wchodzi:

- 1) 4 przedstawiciele ubezpieczonych wybierani w wyborach powszechnych, równych, bezpośrednich i w głosowaniu tajnym;
- 2) 1 członek wyznaczony przez Okręgową Radę Lekarską a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada lekarska, delegują one wspólnego kandydata;
- 3) 1 członek wyznaczony przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada pielęgniarek i położnych, delegują one wspólnego kandydata;
- 4) 1 członek wyznaczony przez Okręgową Radę Aptekarską a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada aptekarska, delegują one wspólnego kandydata;

- 5) 1 członek wyznaczony przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
 - 6) 1 członek wyznaczony przez właściwego wojewodę
- spełniający wymagania określone w ust. 4:
2. Do wyborów członków rad oddziałów wojewódzkich stosuje się odpowiednio przepisy rozdziałów 27 - 34 ustawy z dnia 16 lipca 1998 r. o ordynacji wyborczej do rad gmin, rad powiatów i sejmików województw (Dz. U. z 2003 r. Nr 159, poz. 1547).
3. Kadencja rady oddziału trwa cztery lata licząc od dnia wyborów.
4. W skład rad oddziałów wojewódzkich mogą wchodzić wyłącznie osoby, które:
- 1) korzystają z pełni praw publicznych;
 - 2) posiadają wykształcenie wyższe;
 - 3) nie zostały poprzednio skazane za przestępstwo umyślne.
5. Członkowie rad oddziałów wojewódzkich wybierają spośród swojego grona przewodniczącego.
6. Do zadań rad oddziałów wojewódzkich należy:
- 1) opiniowanie wojewódzkiego planu zdrowotnego, o którym mowa w art. 200 ust. 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.
7. Przed upływem kadencji mandat członka rady oddziału wojewódzkiego wygasa w przypadku:
- 1) śmierci członka rady;
 - 2) zrzeczenia się 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 umyślne.
8. W przypadkach, o których mowa w ust. 7, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiadamia, na podstawie informacji wojewódzkiej komisji wyborczej, kolejnego kandydata z tej samej listy okręgowej, który w wyborach otrzymał kolejno największą liczbę głosów, o przysługującym mu pierwszeństwie do mandatu. Przy równej liczbie głosów o pierwszeństwie rozstrzyga kolejność umieszczenia kandydata na tej liście okręgowej.
9. Kandydat może zrzec się pierwszeństwa do obsadzenia mandatu na rzecz kandydata z tej samej listy, który uzyskał kolejno największą liczbę głosów. Oświadczenie o ustąpieniu pierwszeństwa powinno być złożone dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia zawiadomienia, o którym mowa w ust. 8.
10. Jeżeli obsadzenie mandatu członka rady oddziału wojewódzkiego w trybie określonym w ust. 8 i 9 byłoby niemożliwe z powodu braku kandydatów, którym mandat można przydzielić, mandat ten do końca kadencji rady oddziału wojewódzkiego pozostaje nieobsadzony.
11. Przepisów ust. 8 - 10 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji rady oddziału wojewódzkiego pozostało mniej niż 6 miesięcy.
12. Członkom rady oddziału wojewódzkiego nie przysługuje wynagrodzenie. Członkom rady oddziału wojewódzkiego 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.
13. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, regulamin działania rady oddziału wojewódzkiego, uwzględniając zakres jej zadań.

Rozdział 2

Gospodarka finansowa Funduszu

Art. 125. Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

Art. 126. Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi.

Art. 127. 1. Przychodami Funduszu są:

- 1) otrzymane składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, w tym składki opłacone po terminie wraz z odsetkami;
- 2) środki na zadania zlecone;
- 3) dotacje z budżetu państwa;
- 4) środki finansowe pochodzące z zaciągniętych kredytów i pożyczek poręczanych przez Skarb Państwa;
- 5) otrzymane darowizny i zapisy;
- 6) środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych;
- 7) odsetki od lokat;
- 8) inne przychody.

Art. 128. Rozchodami Funduszu są:

- 1) wydatki na świadczenia opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;

- 2) wydatki na świadczenia opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) wydatki na refundację leków, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
- 4) wydatki związane z poborem i ewidencją składek;
- 5) wydatki na realizację zadań zleconych;
- 6) wydatki administracyjne związane z działalnością Funduszu, w szczególności wydatki na wynagrodzenia i na inwestycje;
- 7) spłaty zaciągniętych kredytów i pożyczek,
- 8) wydatki na wypłatę odszkodowań.

Art. 129. 1. Wysokość zrównoważonych przychodów i rozchodów Funduszu na dany rok określa się w planie finansowym.

2. W planowanych rozchodach uwzględnia się rezerwę ogólną w wysokości 1% planowanych przychodów brutto ze składek z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego (składka należna brutto w roku planowania pomniejszona o planowany odpis aktualizujący składkę należną).

Art. 130. 1. Prezes Funduszu określa przewidywane przychody z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne na rok następny do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego.

2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, ustala, w drodze zarządzenia, corocznie do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego rok planowania, wysokość środków przeznaczonych na wynagrodzenia dla pracowników Funduszu w następnym roku kalendarzowym, z uwzględnieniem liczby osób zatrudnionych w Funduszu i średniego wynagrodzenia w sektorze finansów publicznych.

Art. 131. 1. Za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych, Fundusz może zaciągać gwarantowane przez Skarb Państwa krótkoterminowe pożyczki i kredyty.

2. Wysokość rat kredytów i pożyczek przypadających do spłaty w danym roku nie może przekroczyć wysokości rezerwy ogólnej przewidzianej w planie finansowym na dany rok.

Art. 132. 1. W planie finansowym Funduszu określa się środki finansowe dla centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu.

2. W planie finansowym w części dotyczącej centrali Funduszu wyodrębnia się środki na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych realizowanych przez szpitale kliniczne i instytuty naukowo-badawcze w zakresie wskazanym przez Agencję.

3. Wysokość środków finansowych określonych dla oddziałów Funduszu na wydatki związane ze świadczeniami zdrowotnymi dla ubezpieczonych ustalana jest przy uwzględnieniu w szczególności następujących zasad:

- 1) podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale Funduszu z uwzględnieniem wagi zdrowotnych ubezpieczonych należącym do danej grupy wydzielonej według wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia;
- 2) wysokość środków określony w pkt 1 koryguje się przez uwzględnienie migracji ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale do świadczeniodawców z innego oddziału;
- 3) korekta ta dokonywana jest w trakcie roku pomiędzy oddziałami, których dotyczy migracja.

4. Wyboru świadczeniodawcy i zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wymienionych w wykazie, o którym mowa w ust. 5, dokonuje Fundusz w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Zadanie to realizuje centrala Funduszu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej w skład których wchodzi procedury medyczne o wysokim stopniu zaawansowania technologicznego, ponadregionalnym charakterze, o wysokim koszcie jednostkowym i wysokim wskaźniku efektywności.

Art. 133. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowe tryb i kryteria podziału środków pomiędzy oddziały Funduszu uwzględniając sposób wydatkowania środków publicznych.

Art. 134. 1. Prezes Funduszu sporządza projekt planu finansowego w terminie do dnia 10 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

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

4. Rada Funduszu niezwłocznie uchwała plan finansowy Funduszu.

5. Niezwłocznie po uchwaleniu przez Radę Funduszu Prezes Funduszu przekazuje plan finansowy do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

6. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia odmawiają zatwierdzenia planu finansowego w przypadku stwierdzenia niezgodności planu finansowego

z przepisami art. 132 lub art. 133. Minister właściwy do spraw finansów publicznych po uzyskaniu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia zaleca Prezesowi Funduszu za pośrednictwem Rady Funduszu usunięcie nieprawidłowości we wskazanym terminie.

7. Prezes Funduszu zmienia plan finansowy z uwzględnieniem zaleceń, o których mowa w ust. 6, i niezwłocznie przedstawia go za pośrednictwem Rady Funduszu ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Art. 135. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ponosi odpowiedzialność za gospodarkę finansową oddziału wojewódzkiego w zakresie środków ujętych w planie finansowym Funduszu dla tego oddziału.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza niezwłocznie po zakończeniu roku, roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu dla oddziału.

3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 2, podlega zatwierdzeniu przez Radę Funduszu, po zasięgnięciu opinii rady oddziału.

4. W przypadku nieprzedstawienia sprawozdania, o którym mowa w ust. 2, dyrektora oddziału wojewódzkiego odwołuje się.

Art. 136. Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu oraz roczne sprawozdania finansowe w rozumieniu ustawy o rachunkowości podlegają zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych po uzyskaniu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia i Komisji Finansów Publicznych Sejmu.

Art. 137. Minister właściwy do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu, w tym sposób tworzenia planów i sprawozdań 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. 138. 1. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą i Funduszem.

2. Umowa, o której mowa w ust. 1, może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie.

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 finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie.

5. Suma kwot zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawców nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Art. 139. 1. Świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi.

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 świadczeniodawcy posiadającego osobowość prawną, reprezentującego pozostałych świadczeniodawców realizujących koordynowaną opiekę zdrowotną;
- 4) kwotę, do której świadczeniodawca reprezentujący pozostałych świadczeniodawców realizujących koordynowaną opiekę zdrowotną może zaciągać zobowiązania oraz nabywać prawa.

Art. 141. 1. Fundusz może zawierać umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z podmiotami realizującymi koordynowaną opiekę zdrowotną.

2. W takim przypadku stroną umowy jest świadczeniodawca posiadający osobowość prawną, reprezentujący pozostałych świadczeniodawców realizujących koordynowaną opiekę zdrowotną.

3. Świadczeniodawca reprezentujący pozostałych świadczeniodawców realizujących koordynowaną opiekę zdrowotną ponosi odpowiedzialność przed Funduszem za realizację umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 142. Do oferty świadczeniodawca reprezentujący pozostałych świadczeniodawców realizujących koordynowaną opiekę zdrowotną dołącza uwierzytelnioną kopię umowy, o której mowa w art. 141, oraz deklarowany zakres świadczeń udzielanych przez poszczególnych świadczeniodawców realizujących koordynowaną opiekę zdrowotną.

Art. 143. 1. Fundusz obowiązany jest do traktowania na równych prawach wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenia postępowania 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 zdrowotnych udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Art. 144. 1. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych 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 ciągu 14 dni od zawarcia ostatniej umowy związanej z rozstrzygnięciem właściwego postępowania.

Art. 145. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą i Funduszem określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) szczegółowe zasady udzielania świadczeń przez podwykonawców oraz wymagania dla tych podwykonawców;
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
- 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych i zażaleń;
- 7) zakaz, o którym mowa w art. 169, oraz skutki prawne naruszenia tego zakazu.

Art. 146. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Art. 147. 1. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:

- 1) konkursu ofert albo
- 2) rokowań.

2. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z zasadami określonymi na podstawie ust. 5. W celu przeprowadzenia rokowań oprócz zamieszczenia ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenie.

3. Ogłoszenie zawiera w szczególności nazwę (firmę) i adres (siedzibę) zamawiającego, określenie wartości i przedmiotu zamówienia.

4. Ogłoszenie zawiera w szczególności nazwę (firmę) i adres (siedzibę) zamawiającego, określenie wartości i przedmiotu zamówienia, wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie lub europejskich aprobat technicznych oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej.

5. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy Fundusz powołuje komisję. Tryb pracy komisji w drodze regulaminu określa Rada Funduszu.

6. 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 zdrowotnych przez Fundusz, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadania, uwzględniając równe traktowanie świadczeniodawców oraz uczciwą konkurencję.

Art. 148. 1. Przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty.

2. Przedmiotu zamówienia nie można opisywać:

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

Art. 149. 1. Fundusz opisuje przedmiot zamówienia za pomocą cech technicznych i jakościowych, z uwzględnieniem Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

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

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

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

- 1) nie zawierają one żadnych wymagań dotyczących zapewnienia zgodności z wymaganiami zasadniczymi;
- 2) ich stosowanie nakładałoby na zamawiającego obowiązek używania wyrobów 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. 150. 1. Podstawowym trybem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych jest konkurs ofert.

2. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.

3. 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. 155;
- 3) przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.

4. 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.

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

6. W części niejawnej konkursu ofert komisja może:

- 1) wybrać najkorzystniejszą ofertę lub większą liczbę ofert;
- 2) odrzucić wszystkie oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego wykonywania świadczeń zdrowotnych.

7. Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

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

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

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

Art. 151. 1. Fundusz może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie rokowań wyłącznie w przypadkach określonych w ustawie.

2. Przez rokowania rozumie się tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w którym Fundusz prowadzi postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń zdrowotnych 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.

2. Rokowania składają się z części jawnej i niejawnej.

3. Do części jawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 150 ust. 3.

4. Do części niejawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 150 ust. 6.

Art. 152. 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 zdrowotnych są takie same jak w konkursie ofert lub
- 2) zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której wcześniej nie można było przewidzieć, lub
- 3) jest tylko jeden świadczeniodawca mogący udzielać świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 153. W przypadku, o którym mowa w art. 152 pkt 1, Fundusz zaprasza do udziału w rokowaniach świadczeniodawców, których oferty nie zostały odrzucone w unieważnionym konkursie ofert.

Art. 154. Prezes Funduszu określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 155. 1. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców nie podlegają zmianie w toku postępowania.

2. Świadczeniodawcy obowiązani są wykazać, że spełniają wymagane warunki, w terminie określonym przez Fundusz.

3. Kryteria oceny oraz warunki, o których mowa w ust. 1, określa Prezes Funduszu, podając je w ogłoszeniu.

Art. 156. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmuje w szczególności:

- 1) ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, również w oparciu o wewnętrzną oraz zewnętrzną ocenę, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją;
- 2) ceny oferowanych świadczeń zdrowotnych.

Art. 157. 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, jeżeli jest to możliwe.
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. 158. 1. Prezes Funduszu, na wniosek komisji, unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, 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. 159. 1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, 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.

4. Ogłoszenie zawierające nazwę (firmę) lub imię i nazwisko, siedzibę 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 zdrowotnych przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro.

Art. 160. 1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 161 i 162.

2. Środki odwoławcze nie przysługują na:

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

Art. 161. 1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 2 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

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

3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 2 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. 162. 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może złożyć do Funduszu odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

2. Wniesione odwołanie wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia.

3. Prezes Funduszu lub osoba przez niego upoważniona rozpoznaje i rozstrzyga odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu odwołanie.

4. Informację o wniesieniu odwołania i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. W przypadku uwzględnienia odwołania przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Do ponownie przeprowadzanego postępowania stosuje się odpowiednio również art. 152 pkt 1 oraz art. 153.

6. Świadczeniodawcy, którego odwołanie nie zostało uwzględnione, przysługuje skarga do Sądu Okręgowego w Warszawie.

7. Od wyroku sądu nie przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego.

Art. 163. 1. Do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

2. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych 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 zdrowotnych jest nieważna w części wykraczającej poza przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 154.

4. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

5. Jeżeli umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie stanowi inaczej, przeniesienie na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy wymaga pisemnej zgody Funduszu.

Art. 164. 1. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie mogą być zawierane na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga wcześniejszej zgody Rady Funduszu.

2. W przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na okres dłuższy niż rok świadczeniodawca przez okres obowiązywania umowy nie może ubiegać się o zawarcie nowej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym samym zakresie i dotyczącej tego samego przedmiotu. Nie dotyczy to przypadku, gdy spełnione są przesłanki do zawarcia umowy określone w art. 152 pkt 2 lub 3.

Art. 165. 1. Do zmiany umowy nie stosuje się przepisów o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

2. Nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli ma dotyczyć 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.

3. W przypadku konieczności wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 2, 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. Przepisów art. 145 pkt 5 oraz przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów na:

1) udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

2) wykonywanie czynności w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, Fundusz zawiera umowę z podmiotem, zgłaszającym taką gotowość i spełniającym wymogi w zakresie kwalifikacji personelu, lokalowe, dotyczące wyposażenia placówek oraz inne określone w odrębnych przepisach, a także wskazane jako przedmiot umowy przez Prezesa Funduszu.

Art. 167. 1. W przypadku braku możliwości polubownego załatwienia sporu pomiędzy stronami umowy, decyzje w kwestiach spornych podejmuje, w terminie 7 dni od dnia wszczęcia sporu, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu w granicach udzielonego upoważnienia.

2. Świadczeniodawca może odwołać się od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do Prezesa Funduszu w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji o sposobie rozstrzygnięcia kwestii spornej.

3. Prezes Funduszu rozpatruje sprawę w terminie 30 dni od dnia otrzymania odwołania i niezwłocznie udziela świadczeniodawcy odpowiedzi na piśmie.

4. Przepisy ust. 1-3 nie wykluczają rozstrzygnięcia sporu na drodze sądowej.

Art. 168. 1. Zażalenie świadczeniodawcy na czynności organów Funduszu dotyczące realizacji umowy rozpatruje, w terminie 7 dni, Prezes Funduszu.

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 Prezesa Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie. Wniosek ten jest rozpatrywany niezwłocznie przez Prezesa Funduszu.

Art. 169. 1. Zakazane są porozumienia pomiędzy świadczeniodawcami, którzy zawarli albo zamierzają zawrzeć umowy z Funduszem, których celem lub skutkiem jest wyeliminowanie, ograniczenie lub naruszenie w inny sposób konkurencji, polegające w szczególności na:

- 1) ustalaniu, bezpośrednio lub pośrednio, cen i innych warunków zakupu lub sprzedaży towarów;
- 2) podziale rynków zbytu lub zakupu;
- 3) stosowaniu w podobnych umowach z osobami trzecimi uciążliwych lub niejednorodnych warunków umów, stwarzających tym osobom zróżnicowane warunki konkurencji;
- 4) uzależnianiu zawarcia umowy od przyjęcia lub spełnienia przez drugą stronę innego świadczenia, niemającego rzeczowego ani zwyczajowego związku z przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) ograniczaniu dostępu do rynku lub eliminowaniu z rynku świadczeniodawców nieobjętych porozumieniem;
- 6) uzgadnianiu przez świadczeniodawców przystępujących do konkursu ofert, rokowań lub postępowania, o którym mowa w art. 78c warunków składanych ofert, w szczególności dotyczących zakresu prac lub ceny.

2. Porozumienia, o których mowa w ust. 1, są w całości lub w odpowiedniej części nieważne.

3. W zakresie nieuregulowanym w ust. 1 i 2 do porozumień, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2003 r. Nr 86, poz. 804 i Nr 170, poz. 1652) dotyczące porozumień, o których mowa w art. 5 tej ustawy.

Art. 170. 1. Fundusz przeprowadza kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń, a w szczególności kontrolę:

- 1) sposobu korzystania ze świadczeń przez ubezpieczonych, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania;
- 2) stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami;
- 3) sposobu korzystania ze świadczeń specjalistycznych i stosowanych procedur medycznych;
- 4) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji;
- 5) zasad wystawiania recept.

2. Kontrola dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych może być przeprowadzana tylko przez upoważnionych pracowników Funduszu posiadających wykształcenie medyczne.

3. Kontrolę jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych Fundusz może zlecić, w razie potrzeby, konsultantowi krajowemu lub wojewódzkiemu z właściwej dziedziny medycyny lub innej osobie posiadającej wykształcenie medyczne we właściwej dziedzinie medycyny.

4. Do kontroli, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy wydane na podstawie art. 185.

5. Podmiot kontrolowany stosuje się do zaleceń zawartych w wystąpieniu pokontrolnym.

Art. 171. 1. Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotem zobowiązanych 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 świadczenia ze środków publicznych.

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 finansowanej ze środków publicznych.

Dział VIII Nadzór nad ubezpieczeniem zdrowotnym

Art. 172.1. 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 oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.

Art. 173. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym, nad działalnością:

- 1) Funduszu;
- 2) świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Funduszem;
- 3) podmiotów lub osób trzecich, 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, jeżeli narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych lub do niezrównoważenia przychodów z rozchodami Funduszu.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie gospodarki finansowej Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych i stwierdza nieważność decyzji w całości lub w części, jeżeli narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych lub do niezrównoważenia przychodów z rozchodami Funduszu.

4. Uchwały Rady Funduszu i decyzje Prezesa Funduszu organy te przesyłają 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, o którym mowa w art. 134.

Art. 174. Minister właściwy do spraw zdrowia może badać decyzje podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, wynikające z jego ustawowych uprawnień, i stwierdzać nieważność decyzji w całości lub w części, jeżeli narusza ona prawo lub prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych lub do niezrównoważenia przychodów z rozchodami Funduszu.

Art. 175.1. Minister właściwy do spraw finansów publicznych oraz minister właściwy do spraw zdrowia mogą żądać dodatkowych danych dotyczących sprawozdania finansowego.

2. W przypadku niezatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego Funduszu minister właściwy do spraw finansów publicznych przepisy art. 177-180 stosuje odpowiednio.

Art. 176. 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 wiceprezesów Funduszu, Rady Funduszu, dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracowników Funduszu oraz innych osób związanych z Funduszem umową zlecenia, umową o dzieło lub innym stosunkiem prawnym o podobnym charakterze;
- 3) żądania udostępnienia przez świadczeniodawcę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Funduszem
- 4) żądania udostępnienia przez podmiot lub osobę trzecią, której 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 lub działań powodujących niezrównoważenie przychodów z rozchodami Funduszu minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia Fundusz, świadczeniodawcę, podmiot lub osobę trzecią, o których mowa w art. 173 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. 177. 1. W razie nieusunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie przez Fundusz minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do:

- 1) Prezesa Rady Ministrów o odwołanie Rady Funduszu - jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu jej działania, albo Rada nie podjęła uchwały o odwołaniu Prezesa lub Wiceprezesów Funduszu, a nieprawidłowości w działalności Funduszu nie zostały usunięte;
- 2) Rady Funduszu – o odwołanie Prezesa lub Wiceprezesów Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu ich działania, albo Prezes nie podjął decyzji o odwołaniu dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, którego zakresu działania dotyczą nieprawidłowości;
- 3) Prezesa Funduszu – o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu jego działania;
- 4) Prezesa Rady Ministrów z wnioskiem o zawieszenie w czynnościach Rady Funduszu do czasu rozpatrzenia wniosku o jej odwołanie;
- 5) Rady Funduszu z wnioskiem o zawieszenie w czynnościach Prezesa lub Wiceprezesów Funduszu do czasu rozpatrzenia wniosku o jego odwołanie;
- 6) Prezesa Funduszu z wnioskiem o zawieszenie w czynnościach dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do czasu rozpatrzenia wniosku o jego odwołanie.

2. W razie wystosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia wniosku o którym mowa w ust. 1 pkt 5 i 6, właściwy organ rozpatruje wniosek niezwłocznie, nie później niż w ciągu 2 dni roboczych. Właściwy organ może odmówić zawieszenia Rady Funduszu lub osoby, której dotyczy wniosek, tylko w przypadku, gdy nieprawidłowości do czasu rozpatrzenia wniosku zostały usunięte.

3. W przypadku wystosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia wniosku o odwołanie Rady Funduszu minister może zawiesić w czynnościach Prezesa, wiceprezesów lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, którego zakresu działania dotyczą stwierdzone nieprawidłowości.

4. Zawieszenie w czynnościach członków Rady Funduszu, Prezesa, wiceprezesów i dyrektora oddziału wojewódzkiego skutkuje obniżeniem o 70% poborów wypłacanych przez Fundusz tym osobom, do czasu rozpatrzenia wniosku.

Art. 178. W przypadku naruszenia prawa, statutu lub interesów ubezpieczonych lub działań powodujących niezrównoważenie przychodów z rozchodami Funduszu, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 175 ust. 1 i art. 176 ust. 1 minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na Prezesa lub wiceprezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, odpowiedzialnego za te naruszenia lub nieudzielenie wyjaśnień i informacji, karę pieniężną w wysokości do pięciokrotnego miesięcznego wynagrodzenia brutto tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące przed nałożeniem kary, niezależnie od innych środków nadzorczych przewidzianych przepisami prawa. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Art. 179. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może ustanowić zarząd komisaryczny Funduszu w przypadku rażącego naruszenia przepisów prawa i nieusunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie, niewykonania zaleceń pokontrolnych oraz niewywiązywania się przez Fundusz z ustawowych zadań w zakresie zapewnienia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, niezależnie od innych środków nadzorczych przewidzianych przepisami prawa.

2. Zarząd Komisaryczny ustanawia się na okres od 6 do 12 miesięcy w celu doprowadzenia działalności Funduszu do stanu zgodnego z prawem, wykonania zaleceń pokontrolnych lub wywiązywania się przez Fundusz z ustawowych zadań w zakresie zapewnienia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym.

3. Zarząd Komisaryczny uzgadnia z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz ministrem właściwym do spraw finansów publicznych plan doprowadzenia działalności Funduszu do stanu zgodnego z prawem, wykonania zaleceń pokontrolnych lub wywiązywania się przez Fundusz z ustawowych zadań w zakresie zapewnienia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, a następnie wykonuje ten plan informując nie rzadziej niż co 3 miesiące ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych o wynikach jego realizacji.

4. Zarząd Komisaryczny składa się z trzech osób, w tym Przewodniczącego Zarządu, powołanych spośród osób spełniających wymagania niezbędne do pełnienia funkcji Prezesa Funduszu, określonych w ustawie. Ustanowienie Zarządu Komisarycznego nie wpływa na zasady działania Funduszu, z wyjątkiem zmian przewidzianych w ustawie.

5. Zarządowi Komisarycznemu przysługują uprawnienia Prezesa Funduszu. Uprawnienia te Zarząd Komisaryczny wykonuje podejmując uchwały.

6. Z dniem ustanowienia Zarządu Komisarycznego Prezes i Wiceprezesi Funduszu zostają zawieszani w czynnościach.

7. Szczegółowe zadania Zarządu Komisarycznego, terminy ich wykonania oraz wynagrodzenia członków zarządu komisarycznego określa decyzja o ustanowieniu zarządu. Koszty działalności zarządu komisarycznego obciążają Fundusz.

Art. 180. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może żądać zwołania posiedzenia Rady Funduszu lub posiedzenia Prezesa i wiceprezesów 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, wiceprezesów 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 i wiceprezesów lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu powinno się odbyć.

4. Podmioty, o których mowa w ust. 1, jest obowiązany 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 lub zostanie ustalony z naruszeniem terminu określonego w wezwaniu lub minister właściwy do spraw zdrowia nie zostanie poinformowany o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia, minister ten może zwołać posiedzenie Rady Funduszu lub Prezesa i wiceprezesów 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. 181. W razie nieusunięcia w wyznaczonym terminie przez świadczeniodawcę, podmiot lub osobę trzecią, o których mowa w art. 173 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 dotyczą nieprawidłowości. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Art. 182. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 176 ust. 1, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu ubezpieczonych przez świadczeniodawcę, podmiot lub osobę trzecią, o których mowa w art. 173 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. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Art. 183. W przypadkach określonych w art. 181 i 182 minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do Prezesa lub dyrektora Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem lub osobą trzecią, o których mowa w art. 173 ust. 1 pkt. 3.

Art. 184. 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 zdrowotnych lub interesem ubezpieczonych;
- 3) podmiotów lub osób trzecich, o których mowa w art. 173 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.

4. Jednostka kontrolowana obowiązana jest do przedkładania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.

5. Po przeprowadzeniu kontroli minister właściwy do spraw zdrowia może wydawać zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności kontrolowanego podmiotu do przepisów prawa.

6. W razie niewykonania zaleceń, o których mowa w ust. 5, przepisy art. 177-183 stosuje się odpowiednio.

Art. 185. Minister właściwy do spraw zdrowia i minister właściwy do spraw finansów publicznych określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób, zakres i tryb przeprowadzania kontroli przez ministra właściwego do spraw zdrowia, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

Art. 186. 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. 173 ust. 2, art. 174 ust. 1, art. 176 ust. 3, art. 177, art. 178 ust. 1, art. 180 - 181, art. 183 ust. 5 minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.

3. Do decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia stosuje się art. 127 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia może nadać decyzji administracyjnej rygor natychmiastowej wykonalności, w szczególności jeżeli wymaga tego interes ubezpieczonych.

5. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej nakładanej na podstawie przepisów ustawy minister właściwy do spraw zdrowia jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości.

Art. 187. 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. 175 ust. 2 w zw. z art. 177 – 180, minister właściwy do spraw finansów publicznych wydaje decyzje administracyjne.

3. Do decyzji ministra właściwego do spraw finansów publicznych stosuje się art. 127 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego.

4. Minister właściwy do spraw finansów publicznych może nadać decyzji administracyjnej rygor natychmiastowej wykonalności, w szczególności jeżeli wymaga tego interes ubezpieczonych.

Art. 188. 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 zgodności z przepisami prawa.

Art. 189. 1 Osoby wykonujące w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub ministra właściwego do spraw finansów publicznych czynności nadzoru i kontroli nad Funduszem nie mogą być członkami organów lub pracownikami Funduszu, lub pozostawać z Funduszem w stosunku zlecenia lub innym o podobnym charakterze, świadczeniodawcami mającymi umowę z Funduszem ani pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

2. Osoby te nie mogą być również członkami organów lub pracownikami podmiotów o których mowa w art. 173 ust. 1 pkt 3 lub pozostawać z tymi podmiotami w stosunku zlecenia lub innym o podobnym charakterze, jak również nie mogą być osobami trzecimi, o których mowa w art. 173 ust. 1 pkt 3 ani pracownikami lub osobami współpracującymi z tymi osobami.

Art. 190. 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, sprawozdanie z działalności Funduszu, zaopiniowane przez Radę 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.

Art. 191. Ubezpieczony może wnieść do ministra właściwego do spraw zdrowia skargę na Fundusz, jeżeli zachodzi uzasadniona podstawa, że działalność Funduszu jest niezgodna z przepisami prawa.

DZIAŁ IX

PRZETWARZANIE I OCHRONA DANYCH

Art. 192. 1. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób ubezpieczonych w celu:

- 1) stwierdzenia 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;
- 5) 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 zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji w celu:

- 1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń zdrowotnych;
- 2) rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń zdrowotnych;
- 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
- 5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.

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 zdrowotnych 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. 42 ust. 1 i art. 43 ust. 1, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub produktów leczniczych niż wynikające z ustawy;

17) dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonym w rozporządzeniu, o którym mowa w art. 194 ust. 1 pkt 1;

18) przyczyny udzielonych świadczeń zdrowotnych;

19) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych 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. 77 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. 193. 1. Apteki są obowiązane udostępniać do kontroli na żądanie ministra właściwego do spraw zdrowia, Funduszu, gminy do wglądu recepty i przekazywać niezbędne dane, o których mowa w art. 194 ust. 2.

2. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych, o których mowa w art. 194 ust. 1 pkt 1.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb udostępniania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi i gminie do kontroli recept zrealizowanych przez świadczenioborców i związanych z tym informacji, uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

Art. 194. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi, wojewodom i sejmikom województw, gminie, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów,
- 2) zakres niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Funduszu oraz wzory i sposób przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdań okresowych, a także wzory i sposób przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wojewodom i sejmikom województw zbiorczych informacji dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonym

- biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi i gminie, uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

Art. 195. 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 uprawnione do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych świadczenioborców, innych niż ubezpieczeni, w celu:

- 1) rozliczania ze świadczeniodawcami;
- 2) kontroli:
 - a) rodzaju, zakresu i przyczyny 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) nazwisko rodowe;
- 3) numer identyfikacyjny PESEL;
- 4) numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer;
- 5) seria i numer dowodu osobistego lub paszportu - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
- 6) data urodzenia;
- 7) płeć;
- 8) adres zamieszkania;
- 10) stopień niepełnosprawności - w przypadku członka rodziny;
- 11) danych dotyczących udzielonych świadczenioborcom, innym niż ubezpieczeni, świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 194 ust. 1 pkt 1.

Art. 196. Fundusz na żądanie ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych oraz ich kosztach.

DZIAŁ X

PLANOWANIE POTRZEB W ZAKRESIE ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Art. 197. 1. W celu określenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych oraz warunków należytego zabezpieczenia tych potrzeb tworzy się:

- 1) plany zdrowotne województwa, zwane dalej "wojewódzkimi planami zdrowotnymi";
- 2) plan zdrowotny dla służb mundurowych.

Art. 198. 1. Projekt wojewódzkiego planu zdrowotnego opracowuje zarząd województwa, a zatwierdza sejmik województwa, w drodze uchwały.

2. Projekt planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowujący jest wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

3. Plany, o których mowa w ust. 1 i 2, określają najważniejsze krótkoterminowe i długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągnięcia.

4. W wojewódzkim planie zdrowotnym na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej obywateli i jej uwarunkowań ustala się priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych.

5. 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. 77 ust. 1 pkt 2, 4-13 i członków ich rodzin oraz jej uwarunkowań wspólnie ustalają:

- 1) priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych wymienionych w art. 77 ust. 1 pkt 2, 4-13 i członków ich rodzin;
- 2) zakłady opieki zdrowotnej wykonujące zadania w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych wymienionych w art. 77 ust. 1 pkt 2, 4-13 oraz świadczenia zdrowotne na rzecz tych ubezpieczonych związane z realizacją zadań z zakresu obronności i bezpieczeństwa państwa, z wyłączeniem świadczeń służby medycyny pracy.

6. Wojewoda jest obowiązany do przekazywania zarządowi województwa gromadzonych danych epidemiologicznych i statystycznych niezbędnych do przygotowania wojewódzkiego planu zdrowotnego.

7. Przy opracowywaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego zarząd województwa zasięga opinii wojewody, organów powiatów i samorządów zawodów medycznych.

Art. 199. 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 powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych, oraz zakres danych niezbędnych do przygotowania, tych planów, uwzględniając w szczególności zapewnienie ubezpieczonym całodobowego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz tworzenie warunków do życia w środowisku sprzyjającym zdrowiu, a w przypadku planu zdrowotnego dla służb mundurowych, również potrzeby zdrowotne ubezpieczonych wymienionych w art. 77 ust. 1 pkt 2, 4-13, i członków ich rodzin oraz specyfikę zadań wykonywanych przez ubezpieczonych wymienionych w art. 77 ust. 1 pkt 2, 4-13.

Art. 200. 1. Wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych są opracowywane i uchwalane co najmniej na następny rok kalendarzowy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Plany zdrowotne, o których mowa w ust. 1, mogą uwzględniać długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągnięcia na 4 kolejne lata.

3. W przypadku opracowania czteroletniego planu zdrowotnego podlega on corocznej aktualizacji. Do aktualizacji planu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy o tworzeniu i zmianie planu zdrowotnego, o których mowa w niniejszym rozdziale.

4. Sejmik województwa przekazuje uchwalony wojewódzki plan zdrowotny do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu do dnia 15 kwietnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

5. 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 15 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. 4, plan ten przygotowuje, we współpracy z wojewodą, właściwy oddział wojewódzki Funduszu.

7. W przypadku gdy Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych nie przekażą do Funduszu planu, o którym mowa w art. 198 ust. 2, w terminie, o którym mowa w ust. 5, plan ten przygotowuje Prezes Funduszu.

Art. 201. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie analizy długookresowych trendów epidemiologicznych, wskaźników zdrowotnych, zmian czynników mających wpływ na stan zdrowotny obywateli oraz wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowuje wieloletni Narodowy Plan Zdrowotny, zwany dalej "Narodowym Planem", w którym określa priorytetowe cele polityki zdrowotnej oraz wytyczne do ich osiągnięcia.

2. Narodowy Plan opracowywany jest co najmniej na 4 lata i zawiera również, opracowane na podstawie wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych, szczegółowe wytyczne na temat priorytetowych celów polityki zdrowotnej oraz wytyczne ich osiągnięcia na najbliższy rok kalendarzowy.

3. Narodowy Plan powinien uwzględniać rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia oraz priorytety zdrowotne określone przez Radę Ministrów.

4. Narodowy Plan aktualizowany jest każdego roku w oparciu o wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia przygotowuje Narodowy Plan w terminie do dnia 30 września roku poprzedzającego pierwszy rok obejmowany tym planem.

6. Narodowy Plan i jego zmiany publikuje się w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski".

DZIAŁ XI PRZEPISY KARNE

Art. 202. Kto:

1) nie będąc do tego uprawniony używa w nazwie (firmie) lub do określenia prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej albo w reklamie nazwy „Narodowy Fundusz Zdrowia”;

2) podejmując w imieniu Funduszu decyzje dotyczące gospodarki finansowej Funduszu, narusza wymogi w tym zakresie określone w niniejszej ustawie;

3) będąc odpowiedzialny za informacje zawarte w sprawozdaniu finansowym Funduszu, podaje nieprawdziwe lub zataja prawdziwe dane, wpływające w istotny sposób na treść informacji;

4) będąc odpowiedzialny za inne informacje udostępniane ubezpieczonym lub ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, zgodnie z przepisami niniejszej ustawy, dopuszcza się czynu określonego w pkt 3, albo nie udziela w ramach nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym informacji o których mowa w art. 175 i art. 176;

5) będąc zobowiązanym na podstawie przepisów ustawy do podjęcia czynności mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości w działalności Funduszu, świadczeniodawców, podmiotów lub osób trzecich, którym Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności, nie podejmuje tych działań
- podlega karze grzywny.

Art. 203. Kto:

1) nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenia 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 zdrowotnych;

5) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych;

6) wbrew obowiązkowi, o którym mowa w art. 79 ust. 2, nie zgłasza do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 5 ust. 2;

7) podaje w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz nieprawdziwe informacje i dane
- podlega karze grzywny.

Art. 204. W razie ukarania za wykroczenie z art. 203 pkt 7 można orzec środek karny zakazu uczestniczenia w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz na czas od 6 miesięcy do 3 lat.

Art. 205. Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 202 i 203, następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

Art. 206. Odpowiedzialności przewidzianej w art. 202 i 203, podlega także ten, kto dopuszcza się czynów określonych w tych przepisach, działając w imieniu osoby prawnej.

DZIAŁ XII ZMIANY W PRZEPISACH OBOWIĄZUJĄCYCH

Art. 207. 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.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) 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 (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

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.";

2) 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 (Dz. U. Nr poz.) mają ma prawo wyboru:

- 1) lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego porad specjalistycznych, szpitala i podmiotu prowadzącego długoterminową opiekę pielęgniarską;
- 3) lekarza dentysty ubezpieczenia zdrowotnego i innych świadczeniodawców

- spośród świadczeniodawców 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.

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 są o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr poz.) 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. 208. W ustawie z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. Nr 20, poz. 101, z późn. zm.³⁾) 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. 209. W ustawie z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414, z późn. zm.⁸⁾) w art. 10 w ust. 2 uchyla się pkt. 3.

Art. 210. W ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 36:

- a) w ust. 1 uchyla się pkt 9,
- b) uchyla się ust. 1a;

2) w art. 79 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Fundusz administracyjny jest przeznaczony na finansowanie kosztów obsługi ubezpieczenia, z wyjątkiem kosztów pokrywanych ze środków funduszu składkowego lub funduszu prewencji i rehabilitacji.

2. Fundusz administracyjny tworzy się z odpisów od funduszu składkowego i od funduszu emerytalno-rentowego, w wysokości do 4,5% planowanych wydatków funduszu składkowego i do 3,5% planowanych wydatków funduszu emerytalno-rentowego.”

¹⁾ 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.

³⁾ 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.

⁸⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 20, poz. 170, Nr 79, poz. 885 i Nr 90, poz. 1001, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i Nr 19, poz. 238, z 2001 r. Nr 72, poz. 748, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 973, Nr 111, poz. 1194, Nr 122, poz. 1349 i Nr 154, poz. 1792 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 44, poz. 389, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1304, Nr 203, poz. 1966 i Nr 228, poz. 2255.

¹⁾ 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.

Art. 211. 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.⁵⁾) w art. 14 w ust. 2 w pkt 10 w lit. b, 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. 38 w ust. 1, w art. 41 w ust. 1a i w art. 43 w ust. 4 występujące w różnych przypadkach wyrazy "powszechnie ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia" zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Art. 212. 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.⁶⁾) 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. 213. W ustawie z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz. U. Nr 73, poz. 350, z późn. zm.⁶⁾) w art. 36 wyrazy "powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia" zastępuje się wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Art. 214. W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„Art. 32. Do składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych w zakresie: ich poboru, egzekucji, wymierzania odsetek za zwłokę i dodatkowej opłaty, przepisów karnych, dokonywania zabezpieczeń na wszystkich nieruchomościach, ruchomościach i prawach zbywalnych dłużnika oraz stosowania ulg i umorzeń stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące składek na ubezpieczenia społeczne.”;

2) w art. 40 w ust. 2 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) o wysokości należnych i wpłaconych składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe oraz o wysokości należnej i odprowadzonej składki na otwarty fundusz emerytalny,”;

3) w art. 41:

- a) w ust. 3 uchyla się pkt 5,
- b) uchyla się ust. 9-10;

4) w art. 46 w ust. 4:

- a) uchyla się pkt 5,
- b) w pkt 6 uchyla się lit. a,
- c) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) zestawienie zbiorcze i wynikowe należnych składek oraz kwot do zapłaty,”;

5) w art. 47:

- a) w ust. 4 uchyla się pkt 2,
- b) ust. 14 otrzymuje brzmienie:

„14. Przepisy niniejszego artykułu stosuje się odpowiednio do składek na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i ubezpieczenie zdrowotne.”;

6) w art. 68 w ust. 1w pkt 1 lit. c otrzymuje brzmienie:

„c) wymierzanie i pobieranie składek na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy,”;

7) w art. 76 w ust. 1 w pkt 2 uchyla się lit. a;

8) w art. 98 w ust. 1 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) nie dopełnia obowiązku przekazywania dokumentów związanych z ubezpieczeniami społecznymi w formie określonej w art. 47a ust. 1 i 2,”.

⁵⁾ 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.

⁶⁾ 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.

⁷⁾ 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

Art. 215. 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.⁸⁾) 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. 216. W ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148, z późn. zm.¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 24 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się również do środków znajdujących się w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

2) 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 stosuje się do Prezesa oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.”.

Art. 217. 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 wprowadzenie do wyliczenia 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 materiałów medycznych, z uwzględnieniem następujących kryteriów:”.

Art. 218. W ustawie z dnia 25 lipca 2001r. 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. 15 w ust. 1 uchyla się pkt 2 i 3;

2) uchyla się art. 34;

3) w art. 22:

a) uchyla się ust. 1, 4-7;

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 w zakresie ratownictwa medycznego z Narodowym Funduszem Zdrowia.”.

Art. 219. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, z późn. zm.^{x)}) 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. 57 ust. 4 ustawy z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...),".

Art. 220. 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:

⁸⁾ 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.

¹⁾ 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,

^{x)} 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.

a) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

"13) osoba ubezpieczona - osobę 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. 7 pkt 34 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. 221. 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 szczególne 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 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zakres współpracy Komisji w zakresie realizacji tego zadania z ministrem właściwym do spraw zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i Państwową Agencją Oceny Technologii Medycznych określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.”;

4) w art. 9 w ust. 1 w pkt 2 dodaje się lit. c w brzmieniu:

„c) ministra właściwego do spraw finansów publicznych,”;

5) w art. 9 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 Rady Państwowej 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.”;

6) 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.”;

7) 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.”;

8) 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 z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, 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 28 lipca 1991 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62, z późn. zm.⁸⁾).”.

Art. 222. 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. 223. Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o "ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia" - rozumie się przez to niniejszą ustawę.

Art. 224. 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.) stają się, z dniem wejścia w życie ustawy, ubezpieczonymi na podstawie niniejszej ustawy.

Art.225. Podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych z dniem wejścia w życie ustawy zapewniają ciągłość udzielania tych świadczeń świadczeniobiorcom.

Art.226. 1. Narodowy Fundusz Zdrowia wstępuje w prawa i obowiązki Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia,

2. Umowy, o których mowa w ust.1, zawarte na okres dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2004r., podlegają rozwiązaniu z mocy prawa z dniem 31 grudnia 2004r., chyba że w terminie 1 miesiąca od dnia wejścia ustawy w życie świadczeniodawca, z którym zawarto umowę oświadczył Funduszowi, iż pozostaje nią związany. Oświadczenie składa się na piśmie pod rygorem nieważności.

3. W razie niemożności zawarcia do 31 grudnia 2004r umów na 2005 r na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązywanie dotychczasowych umów zawartych. ze świadczeniodawcami na okres do 31 grudnia 2004r 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.

4. 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.

5. Umowy, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia powołany ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, nabył prawo do używania nieruchomości, wygasa 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 na piśmie pod rygorem nieważności.

6. Przepis ust. 5 nie dotyczy umów, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia powołany ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, nabył własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości.

7. 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.227. 1.Ujawnienie w księgach wieczystych praw własności nieruchomości i użytkowania wieczystego nieruchomości wynikających z przejścia przez Fundusz mienia, o którym mowa w art. 226 ust. 4, następuje na wniosek właściwego ze względu na położenie nieruchomości dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, na podstawie wyciągu z wykazu, o którym mowa w art. 231 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.228. 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.229. Z dniem wejścia w życie ustawy:

- 1) wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. przekształcają się z mocy prawa w oddziały wojewódzkie Funduszu;
- 2) centrala Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. przekształca się w centralę Funduszu.

Art.230.1.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.

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.

Art. 231.1. 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 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia, które zostanie przekazane do Funduszu;
- 2) sporządza wykazy mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych;
- 3) przygotowuje przejęcie przez Fundusz mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym 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 o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych.

Art. 232. Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są 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.233. Od kwoty nieprzekazanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami Fundusz pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

Art.234.1. 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.235. 1. Do dnia 31 grudnia 2004 r. zgłoszenia, o których mowa w art. 87 ust. 3, przesyła się do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wraz ze zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 85.

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do oddziałów wojewódzkich Funduszu dane określone w art. 192 ust. 2 pkt 1-4, 8-11 i 14 przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 87 ust. 3, po przeprowadzeniu ich weryfikacji polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL, jeżeli taki numer został nadany ubezpieczonemu.

3. Do weryfikacji danych, o której mowa w ust. 2, stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 106 ust. 11.

4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego prześlą nieodpłatnie, do dnia 1 stycznia 2005 r., zbiory danych osobowych wynikających ze zgłoszeń, o których mowa w art. 87 ust. 3.

Art.236. 1. Do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 97 ust. 1, 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.

Art. 237. 1. Do czasu utworzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują informacje, o których mowa w art. 106 ust. 6 i 8, do oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniach, o których mowa w art. 85 i 86.

2. Od dnia 1 stycznia 2006 r. poziom identyfikacji składek, o którym mowa w ust. 3, nie może być niższy niż 90% wpływających składek.

Art.238. Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 98 ust. 1, wynosi:

- 1) od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2004 r. - 8,25% podstawy wymiaru;
- 3) od dnia 1 stycznia 2005 r. do dnia 31 grudnia 2005 r. - 8,5% podstawy wymiaru;
- 4) od dnia 1 stycznia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2006 r. - 8,75% podstawy wymiaru.

Art. 239. Kadencja 4 członków pierwszej Rady Funduszu wskazanych przez Prezesa Rady Ministrów, spośród 6 członków przez niego wskazanych wynosi 30 miesięcy.

Art.240. 1. Do czasu powołania rad oddziałów wojewódzkich Funduszu na zasadach i trybie określonym w niniejszej ustawie w skład rady wchodzi:

- 1)2 członków wyznaczonych przez wojewódzkie organy ogólnokrajowych organizacji związkowych reprezentatywnych w rozumieniu art. 6 ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego (Dz. U. Nr 100, poz. 1080, z późn. zm.⁹⁾);
- 2)1 członek wyznaczony przez Federację Konsumentów zamieszkujących na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 3)1 członek wyznaczony przez właściwy sejmik województwa;
- 4)1 członek wyznaczony przez właściwego wojewodę;

- 5)1 członek wyznaczony przez Okręgową Radę Lekarskiej a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada lekarska, delegują one wspólnego kandydata;
 - 6)1 członek wyznaczony przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada pielęgniarek i położnych, delegują one wspólnego kandydata;
 - 7)1 członek wyznaczony przez Okręgową Radę Aptekarską a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada aptekarska, delegują one wspólnego kandydata;
 - 8)1 członek wyznaczony przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych.
2. Do członków rady, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 124.

Art. 241. Oświadczenia woli ubezpieczonych o wyborze lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują swoją ważność.

Art. 242. Osoby ubezpieczające się dobrowolnie nie wnoszą opłaty dodatkowej, o której mowa w art. 79 ust. 7, jeżeli ubezpieczą się w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 243. 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. 244.1. Z dniem wejścia w życie ustawy Agencja przejmuje zadania jednostki budżetowej do spraw oceny procedur medycznych, utworzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Z dniem wejścia w życie ustawy, pracownicy jednostki budżetowej, o której mowa w ust.1, stają się z mocy prawa pracownikami Agencji.

Art. 245. Do dnia wejścia w życie rozporządzenia, o którym mowa w art. 66 ust. 2:

- 1) ze środków publicznych nie są finansowane następujące świadczenia opieki zdrowotnej:
 - a) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia;
 - b) operacje zmiany płci;
 - c) świadczenia z zakresu stomatologii inne niż wskazane w przepisach wydanych na podstawie art. 29 ust. 4;
 - d) świadczenia z zakresu akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w związku z leczeniem bólu;
 - e) świadczenia zdrowotne w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych niezwiązanych z bezpośrednią przyczyną skierowania ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe;
 - f) szczepienia ochronne inne niż określone jako obowiązkowe w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane na dotychczasowych zasadach.

Art.246. Akty wykonawcze wydane 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.) zachowują moc do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 247. 1. Do czasu powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 114 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 wykonują powierzone im zadania i działają na dotychczasowych zasadach.

2. Z dniem powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 114 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 zaprzestają dalszej działalności.

Art. 248. Do czasu wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 114 ust. 1 przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz podstawowych świadczeń lekarza dentyisty 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. 29 ust. 3 oraz możliwości płatnicze Funduszu.

Art.248. Traci moc ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.¹⁾.

Art. 249. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 października 2004 r., z wyjątkiem przepisów o świadczeniach gwarantowanych i rekomendowanych, które wejdą w życie z dniem 1 lipca 2005 r.

UZASADNIENIE

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03, stwierdzający niekonstytucyjność ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia spowodował konieczność opracowania nowej, całościowej regulacji określającej warunki i zakres korzystania przez obywateli z opieki zdrowotnej. Wyrok ten nie przesądził jaki konkretnie model organizacyjno-prawny finansowania świadczeń zdrowotnych powinien być wprowadzony w przyszłości (scentralizowany, czy zdecentralizowany, oparty na systemie kas chorych czy jednolitego funduszu, budżetowy czy ubezpieczeniowy, państwowy czy samorządowy). Jednakże – zgodnie z uzasadnieniem wyroku Trybunału Konstytucyjnego, każdy z wybranych przez ustawodawcę modeli musi spełniać warunki określone Konstytucje RP – z punktu widzenia równości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma na celu uregulowanie w sposób kompleksowy zakresu i warunków korzystania przez osoby uprawnione z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz środków pochodzących z budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego). Jednocześnie projekt ten stanowi pierwszy krok w reformie systemu ochrony zdrowia. Reforma bowiem nigdy nie jest jednorazowym aktem, ale zawsze składa się z całego łańcucha następujących po sobie działań, nawet jeśli autorzy zmian nie zdają sobie z tego w pełni sprawy. Niektóre z proponowanych w projekcie ustawy rozwiązań mają charakter etapowy, ale ich celem jest do całościowa stabilizacja systemu. Aby to osiągnąć konieczna będzie regionalizacja Funduszu poprzez konsolidację oddziałów wojewódzkich co zapewni równy dostęp wszystkim obywatelom do świadczeń wszystkich szczebli.

Podobnie w przypadku rad oddziałów wojewódzkich – na początku obowiązywania ustawy ich skład będą wchodzić wyłącznie członkowie wyznaczeni przez samorządy zawodowe oraz inne organizacje i instytucje. Następnie ubezpieczeni uzyskają demokratycznie wybieraną reprezentację w radach. Reforma ochrony zdrowia przeprowadzona etapowo tworzy bowiem system przyjazny dla pacjentów.

Projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa:

- 1) warunki i zakres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) zasady i tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ;
- 3) zasady obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 4) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania przepisów Unii Europejskiej dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych;
- 5) zasady funkcjonowania i organizację Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 6) zasady funkcjonowania i organizację Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych;
- 7) zasady i tryb ustalania zakresu i cen świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 8) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad realizacją świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej, dlatego też do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uprawnieni są świadczeniobiorcy:

- 1) ubezpieczeni – osoby objęte obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;
- 2) inne osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Wszyscy świadczeniobiorcy mają jednakowe prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie i na zasadach określonych ustawą.

Obowiązek zapewnienia określonego standardu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne, a zatem ochrona zdrowia stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych. W celu zadośćuczynienia temu wymogowi określa się zadania władz publicznych:

- a. ministra właściwego do spraw zdrowia,
- b. wojewodów,

¹⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956 i Nr 210, poz. 2037

c. jednostek samorządu terytorialnego (gmin, powiatów, województw samorządowych).

Określono, iż zadania w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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 określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie – zamieszczona w zd. 2 ust. 2 art. 68 ustawy zasadniczej wzmianka, iż nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, otwiera możliwość kompilowania przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania. Ustawa nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących beneficjentom systemu opieki zdrowotnej. Dlatego też ze świadczeń opieki zdrowotnej wyodrębniono:

- 1) świadczenia zdrowotne rozumiane jako działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, oraz
- 2) świadczenia współistniejące - działania związane z procesem leczenia i nie będące świadczeniami zdrowotnymi, określone w ustawie.

Następnie dokonano podziału świadczeń zdrowotnych na:

- 1) świadczenia gwarantowane – finansowane w całości ze środków publicznych;
- 2) świadczenia rekomendowane - finansowane w części ze środków publicznych

W celu zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej rozumianego jako dostęp rzeczywisty, stanowiący realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia wprowadza się ustawowe uregulowanie tzw. „kolejki”. „Kolejka” – czyli ustawowe zasady dostępu do świadczeń planowych, polega na prowadzeniu przez świadczeniodawców list osób oczekujących na świadczenia z zapewnieniem pełnej, jawnej informacji o możliwości udzielenia świadczenia i czasie oczekiwania, a także o możliwości skorzystania ze świadczenia zdrowotnego u innego świadczeniodawcy. Tak rozumiana kolejka nie będzie obowiązywać w odniesieniu do stanu nagłego, którego bezpośrednim następstwem może być zagrożenie życia lub trwała utrata zdrowia. Ponadto, na wyraźne życzenie ubezpieczonych, świadczeniodawcy będą mieli możliwość udzielenia im świadczeń bez oczekiwania na świadczenia planowe, za całkowitą odpłatnością. Jednocześnie wprowadza się obowiązek comiesięcznego informowania właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu o liczbie świadczeń udzielonych pacjentom w tym trybie.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane będą ze środków publicznych pochodzących:

- 1) ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, pozostających w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia – w stosunku do ubezpieczonych;
- 2) z budżetów jednostek samorządu terytorialnego (gmin) właściwych dla miejsca udzielenia świadczenia w przypadku świadczeniobiorców nie będących ubezpieczonymi;
- 3) z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia – w stosunku do obu grup świadczeniobiorców.

„Kolejka” oraz podział świadczeń na gwarantowane i rekomendowane pozwala na wprowadzenie dostatecznie jasnych i jednoznacznych kryteriów formalnych, według których następować będzie *in casu* ustalenie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach ustalonej w ustawie procedury.

Określono, że Fundusz realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób poprzez finansowanie działań w zakresie:

- 1) propagowania zachowań prozdrowotnych, w szczególności przez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
- 2) prowadzenia profilaktycznych badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- 3) prowadzenia działań profilaktycznych, w tym promocji zdrowia oraz profilaktyki stomatologicznej obejmującej dzieci i młodzież do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej do ukończenia 20 roku życia;
- 4) prowadzenia badań profilaktycznych, w tym profilaktyki stomatologicznej obejmującej kobiety w ciąży;
- 5) profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- 6) wykonywania szczepień ochronnych;
- 7) wykonywania badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia uprawiających sport amatorski.

W celu jasnego i precyzyjnego określenia zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, do których ma prawo świadczeniobiorca, usystematyzowano materię świadczeń zdrowotnych dotychczas uregulowaną w poszczególnych przepisach ustaw i aktów wykonawczych. Przede wszystkim wyraźnie określono zakres i warunki udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Doprecyzowano zakres działań i odpowiedzialności lekarza podstawowej opieki w zakresie pomocy całodobowej i zapewnienia transportu sanitarnego. Regulacja ta mieści się w całościowej koncepcji opieki lekarza rodzinnego i zwiększa motywację do kontroli kosztów przy zachowaniu dostępności świadczeń.

Określono zasady i warunki zaopatrzenia w leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne, leczenie uzdrowiskowe oraz warunki korzystania z przejazdu środkami transportu sanitarnego

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

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

Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzono dla:

- 1) inwalidów wojennych, ich współmałżonków pozostających na ich wyłącznym utrzymaniu;
- 2) wdów i wdowców po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnionym do renty rodzinnej;
- 3) inwalidów wojskowych

- co jest zgodne z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, zgodnie z którym szczególna opieka zdrowotna powinna zostać zapewniona m.in. osobom w podeszłym wieku.

Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej zapewniono także zasłużonym honorowym dawcom krwi.

Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wojewodzie, jednostce samorządu terytorialnego oraz Funduszowi przyznano ustawowe uprawnienie do opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programów zdrowotnych.

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) badania i wdrożenia nowych procedur medycznych (np.: przedsięwzięć profilaktycznych i nowych metod leczenia).

W przypadku, gdy przedmiotem programu zdrowotnego będzie udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej proces kontraktowania należeć będzie do Funduszu (w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia).

W celu oceny pod względem skuteczności, bezpieczeństwa i efektywności kosztowej świadczeń opieki zdrowotnej tworzy się Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych, zwaną dalej „agencją”, nad którą nadzór sprawować będzie minister właściwy do spraw zdrowia. Agencja będzie zakładem budżetowym działającym na podstawie:

- 1) przepisów ustawy o finansach publicznych,
- 2) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) statutu.

W celu realizacji swoich zadań agencja współpracuje z organami administracji rządowej, w tym w szczególności z ministrem właściwym do spraw zdrowia, Funduszem, a także Komisją Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych.

Agencją kieruje i reprezentuje ją na zewnątrz Prezes, którego powołuje Prezes Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, na pięcioletnią kadencję. Do zakresu działania Prezesa agencji należy m.in. przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia raportu z oceny procedury medycznej wchodzącej w zakres świadczeń gwarantowanych i rekomendowanych.

Na podstawie raportów agencji minister właściwy do spraw zdrowia będzie dokonywał kwalifikacji świadczenia do świadczeń gwarantowanych albo rekomendowanych. Opinie w tym zakresie będzie wydawała Rada Naukowa działająca przy ministrze właściwym do spraw zdrowia.

Wnioski dotyczące oceny procedur medycznych wchodzących w zakres świadczeń gwarantowanych i rekomendowanych będą mogli składać: minister właściwy do spraw zdrowia, Fundusz, samorządy zawodów medycznych, świadczeniodawcy, stowarzyszenia świadczeniobiorców, państwowe uczelnie medyczne lub państwowe uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, jednostki badawczo – rozwojowe i producenci lub dystrybutorzy produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych.

Do wniosku będzie dołączany raport z analizy skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej. Agencja będzie pobierać opłatę za rozpatrzenie wniosku, przy czym minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz nie będą wносить opłaty.

Instytucją zapewniającą i finansującą świadczenia opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia. Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.

Głównym zadaniem Funduszu jest zarządzanie środkami finansowymi pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz wydatkowanie tych środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez świadczeniodawców w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach tego zadania do zakresu działania Funduszu należy:

- 1) zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocja zdrowia;
- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, a także monitorowanie realizacji tych umów;
- 3) opiniowanie raportu z oceny Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych pod względem możliwości finansowych płatnika;

- 4) wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem programów zdrowotnych;
- 5) realizacja zadań wynikających z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w tym wykonywanie zadań instytucji właściwej i łącznikowej;
- 6) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;
- 6) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Fundusz nie będzie prowadził działalności gospodarczej, a także nie będzie mógł prowadzić zakładów opieki zdrowotnej, być ich właścicielem ani posiadać w jakiegokolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej lub apteki.

W celu uniknięcia krzyżowania się kompetencji organów Funduszu i zapewnienia jego działania w sposób w pełni funkcjonalny, organami Funduszu będą:

- 1) Rada Funduszu;
- 2) Prezes Funduszu.

Zgodnie z ogólną klauzulą w sprawach niezastrzeżonych do zakresu zadań Rady Funduszu organem właściwym będzie Prezes Funduszu.

Rada Funduszu składać się będzie z ośmiu osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów na 5 lat, przy czym na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich oraz na wniosek Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu będzie powoływanych w skład Rady Funduszu po jednym członku. W celu sprawnego i nieprzerwanego funkcjonowania Rady Funduszu połowa jej członków Rady będzie podlegać wymianie co trzydzieści miesięcy.

W stosunku do członków Rady wprowadza się ustawowe wymogi dotyczące ich kwalifikacji. W skład Rady Funduszu będą mogły wchodzić wyłącznie osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo umyślne;
- 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.

Jednocześnie, w celu rzetelnego i bezstronnego wykonywania zadań przez Radę, przewiduje się, iż członkowie Rady Funduszu nie będą mogli jednocześnie z pełnieniem funkcji członka Rady być:

- 8) dyrektorami oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 9) pracownikami Funduszu;
- 10) świadczeniodawcami;
- 11) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
- 12) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
- 13) członkami organów lub pracownikami Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych i Taryfikacji;
- 14) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1991 r. o działalności ubezpieczeniowej.

Do zadań Rady Funduszu należy:

- 1) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
- 2) odwoływanie Prezesa Funduszu w szczególnie uzasadnionych przypadkach;
- 3) powoływanie i odwoływanie zastępców Prezesa Funduszu na wniosek Prezesa Funduszu;
- 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 rocznego sprawozdania z działalności Funduszu;
- 6) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu;
- 7) ocena pracy Prezesa Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i przedstawianie wniosków do ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
- 8) podejmowanie uchwał dotyczących majątku Funduszu, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu;
- 9) opiniowanie systemu wynagradzania pracowników Funduszu.

Uchwały w sprawach określonych w pkt 1 – 4, będą podejmowane przez Radę Funduszu większością 3/4 głosów, przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby jej członków. W pozostałych sprawach uchwały będą zapadały większością głosów przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzygać będzie głos Przewodniczącego Rady, który będzie wybierany spośród członków Rady.

Prezes Rady Ministrów będzie mógł odwołać członka Rady Funduszu przed upływem jego kadencji, 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 posiedzeniach Rady Funduszu przez okres nie krótszy niż 3 miesiące;
- 4) prawomocnego skazania za przestępstwo umyślne.
- 5) także na podstawie wniosku podmiotu, którego na wniosek członek Rady został powołany.

W przypadku śmierci członka Rady Funduszu, kolejny członek będzie powoływany tylko na okres, jaki pozostał do końca kadencji byłego członka Rady.

Organem kierującym działalnością Funduszu i reprezentującym ma Fundusz na zewnątrz będzie Prezes Funduszu. Prezesa Funduszu będzie powoływała i odwoływała Rada Funduszu na wspólny wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych; przy czym odwołanie Prezesa będzie możliwe również bez wniosku obu ministrów.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach Rada Funduszu będzie mogła odwołać Prezesa Funduszu bez wniosku. W takim przypadku Rada Funduszu będzie miała obowiązek niezwłocznego poinformowania ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych o podjętej w tej sprawie uchwale, przedstawiając jej uzasadnienie.

Zakres działania Prezesa Funduszu określono w następujący sposób:

- 2) bieżące zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu;
- 19) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;
- 20) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
- 21) sporządzanie rocznych planów finansowych Funduszu i sprawozdań finansowych oraz przedkładanie ich ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;
- 22) wnioskowanie do Rady Funduszu o powołanie albo odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego;
- 23) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;
- 24) 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;
- 25) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;
- 26) bieżące nadzorowanie działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 27) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ich uchwalenia;
- 28) przygotowanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów;
- 29) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;
- 30) przedstawianie Radzie Funduszu propozycji w sprawie ustalenia i zmian systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
- 31) 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 związkami pracodawców;
- 32) składanie Radzie Funduszu wniosków o powoływanie i odwoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 33) powoływanie i odwoływanie zastępców dyrektorów oddziałów wojewódzkich oraz głównych księgowych, na wniosek dyrektorów oddziałów wojewódzkich;
- 34) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników Funduszu;
- 35) rozpatrywanie odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego.

Prezes Funduszu będzie mógł 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.

Prezes Funduszu będzie wykonywał swoje zadania przy pomocy zastępców Prezesa. Proponuje się, aby zastępców Prezesa powoływała i odwoływała Rada Funduszu, na wniosek Prezesa Funduszu. Wniosek dotyczący powołania jednego z zastępców Prezesa będzie powoływany i odwoływany na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Prezes Funduszu, jego zastępcy i pracownicy Funduszu nie będą mogli być jednocześnie:

- 7) członkami Rady Funduszu;
- 8) świadczeniodawcami;
- 9) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
- 10) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
- 11) członkami organów lub pracownikami Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 12) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Oddziałem wojewódzkim Funduszu przyznaje się, na tym etapie, samodzielność rozumianą jako określony prawem zakres kompetencji. Oddziałem kierował będzie dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Do zadań dyrektora oddziału będzie należało:

- 1) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów ze świadczeniodawcami;

- 2) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 3) kontrola świadczeniodawców i aptek;
- 4) monitorowanie udzielanych w ramach umów świadczeń zdrowotnych;
- 5) nabywanie praw i zaciąganie zobowiązań w imieniu Funduszu na zasadach określonych w ustawie;
- 6) wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego;
- 7) kierowanie bieżącą działalnością oddziału wykonywanie innych zadań zleconych przez Prezesa Funduszu;
- 8) udzielanie informacji, na żądanie Rady Funduszu, o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego.

Dyrektor oddziału będzie ponosił odpowiedzialność właściwą realizację planu finansowego Funduszu w części dotyczącej danego oddziału wojewódzkiego. Proponuje się także, aby dyrektor oddziału mógł wykonywać inne zadania na podstawie pisemnego upoważnienia Prezesa Funduszu.

W celu zapewnienia udziału przedstawicieli ubezpieczonych w zarządzaniu środkami pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne a tym samym zagwarantowania pewnych uprawnień ubezpieczonych, w oddziałach będą funkcjonować rady powoływane na 4-letnią kadencję. Projekt ustawy zapewnia reprezentatywny skład rad, w szczególności z udziałem przedstawicieli ubezpieczonych.

Fundusz będzie jednostką organizacyjną należącą do sektora finansów publicznych. Fundusz nie będzie prowadził działalności gospodarczej, stąd proponuje się konstrukcję zbilansowania przychodów z rozchodami w planie finansowym, z uwzględnieniem należności, zobowiązań, stanu początkowego i końcowego. Nadzór nad gospodarką finansową Funduszu powierza się ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych.

Określono dokładnie procedurę przyjmowania planu finansowego Funduszu (terminy, formy, podmioty i organy uczestniczące w procedurze).

W planie finansowym wyodrębnia się kwoty środków finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich, co pozwoli na większą samodzielność oddziałów i prowadzenie gospodarki finansowej oraz zabezpieczenie świadczeń dla ubezpieczonych bez konieczności ciągłych zmian planu finansowego w zakresie rzeczowych świadczeń w oddziale wojewódzkim. To rozwiązanie przywróci funkcjonalność systemowi i usunie krzyżowanie się kompetencji organów Funduszu oraz ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych. W aktualnym stanie prawnym każde przesunięcie środków finansowych pomiędzy poszczególnymi pozycjami świadczeń rzeczowych w oddziale wojewódzkim wymaga zmiany planu finansowego Funduszu, a także zatwierdzenia go przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

Przewiduje się iż Fundusz, za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych, będzie mógł zaciągać krótkoterminowe pożyczki i kredyty. Wprowadzono – zgodnie z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego – zamknięty katalog rozchodów Funduszu.

Jako podstawowy tryb postępowania utrzymany zostaje konkurs ofert z jasnymi kryteriami oceny oferty oraz zawieranie umów z określeniem rodzaju, liczby świadczeń i ceny. W szczególnych przypadkach przewiduje się prowadzenie postępowania w formie rokowań.

Wprowadza się możliwość zastosowania nowego rozwiązania – koordynowanej opieki zdrowotnej. Fundusz będzie mógł zapewnić ubezpieczonym świadczenia zdrowotne poprzez zawieranie umów i finansowanie świadczeń z podmiotami realizującymi świadczenia w tej formie. W ramach koordynowanej opieki zdrowotnej zapewnia się świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, a także inne świadczenia określone umową na udzielanie świadczeń.

Zgodnie wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. przepisy konstruujące funkcjonowanie Narodowego Funduszu Zdrowia uniemożliwiają jego rzetelne i sprawne działanie, a przewidziane w rozdziale 13 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia środki kontrolne przypisane Ministrowi Zdrowia nie pozwalają na skuteczne nadzorowanie działalności Funduszu. W ocenie Trybunału, mimo, że Minister Zdrowia ponosi polityczną i konstytucyjną odpowiedzialność za realizację zadań wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji, to faktycznie został pozbawiony skutecznych środków nadzoru. W związku z powyższym Trybunał uznał rozdział 13 ustawy regulujący zasady nadzoru nad realizacją ubezpieczenia zdrowotnego za niezgodny z art. 68 ust. 2 Konstytucji.

W związku z powyższym, proponuje się rozwiązania w zakresie sprawowania nadzoru nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia, które mają na celu wprowadzenie skutecznych środków nadzoru, pozwalających na realne oddziaływanie na działalność Funduszu. Projekt ustawy przewiduje podział kompetencji nadzorczych pomiędzy ministra właściwego do spraw zdrowia – nadzór nad działalnością merytoryczną Funduszu oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych – w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Funduszu. Tym samym projekt ustawy realizuje założenia przyjęte w tym zakresie przez Radę Ministrów, odróżniając kompetencje w zakresie nadzoru ogólnego nad działalnością Funduszu od nadzoru w zakresie gospodarki finansowej Funduszu.

Jednocześnie przepisy projektu ustawy prowadzą do zapewnienia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych odpowiednich kompetencji nadzorczych, w celu wypełniania ich konstytucyjnych zadań. Rozwiązania te konsumują również zarzuty zawarte w powołanym wyroku Trybunału Konstytucyjnego, przyznając tym organom skuteczne środki nadzoru.

Określono uprawnienia i zadania ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz zasady i tryb egzekwowania ich decyzji w ramach nadzoru, a także zasady ustanawiania zarządu komisarycznego Funduszu. Wszystkie te narzędzia mają służyć zapewnieniu właściwego, przede wszystkim skutecznego nadzoru nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia. Kompetencje przyznane ministrom nadzorującym działalność Funduszu mają na celu zapewnienie tym organom odpowiednich środków,

mających na celu ochronę interesów ubezpieczonych oraz niedopuszczenie do sytuacji, w której Fundusz nie byłby w stanie zapewnić im określonych usług świadczeń.

Nadzór sprawowany przez Ministra Zdrowia jest powiązany z udziałem Ministra Finansów w podstawowych zagadnieniach w zakresie działalności finansowej Funduszu. Wprowadzono również zwiększenie zakresu nadzoru Ministra nad działalnością świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z NFZ – w dotychczas obowiązujących przepisach w zasadzie nie istniał nadzór ministra właściwego do spraw zdrowia. Zgodnie z projektem ustawy organy te otrzymują efektywne instrumenty nadzoru nad Funduszem oraz świadczeniodawcami, jak również podmiotami wykonującymi powierzone przez Fundusz czynności, włącznie z sankcjami, takimi jak: nakładanie kar pieniężnych oraz występowanie o odwoływanie organów lub poszczególnych członków tych organów Funduszu.

Funkcje nadzorcze można podzielić na następujące grupy uprawnień:

- 1) stały nadzór ogólny pod względem przestrzegania przepisów prawa przez organa Funduszu - sprawowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) nadzór nad gospodarką finansową Funduszu przy zastosowaniu kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym sprawowany przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
- 3) badanie uchwał podejmowanych przez Radę Funduszu oraz decyzji podejmowanych przez Prezesa i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu przy zastosowaniu kryterium legalności – stwierdzanie nieważności uchwał lub decyzji w przypadku naruszania przez nie przepisów prawa lub stwarzania zagrożenia wystąpienia ujemnego wyniku finansowego - przez właściwego ministra, zgodnie z kompetencją;
- 4) rozpatrywanie i zatwierdzanie, po zaopiniowaniu przez Komisję Finansów Publicznych Sejmu RP sprawozdań finansowych Funduszu – przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia;

Ponadto projekt wprowadza możliwość powiadamiania organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej o stwierdzonych nieprawidłowościach w działaniu założonych przez nie zakładów opieki zdrowotnej oraz wskazanych sposobach doprowadzenia działalności do stanu zgodnego z prawem. Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązania pozwalają na posiadanie realny wpływ na działalność Funduszu oraz świadczeniodawców, a co za tym idzie daje ministrowi możliwość kreowania skutecznej polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia, za którą jest odpowiedzialny. Przyznanie ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych kompetencji nadzorczych w zakresie gospodarki finansowej Funduszu wzmacnia nadzór nad jego działalnością w tym zakresie i jest korzystne dla merytorycznego poziomu sprawowanego nadzoru, gdyż pozwala na wielopłaszczyznowe ocenianie działalności Funduszu.

Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązanie dotyczące wykonywania nadzoru nad działalnością Funduszu i świadczeniodawców zapewnia również niski koszt jego wprowadzenia, nie powoduje wydatków w celu jego wdrożenia, gdyż w zasadzie wiąże się jedynie z uporządkowaniem i dookreśleniem kompetencji. Dodatkowo wzmocnienie nadzoru nastąpi poprzez penalizację w przepisach karnych niektórych zachowań sprzecznych z ustawą, w tym polegających na uniemożliwieniu wykonywania czynności nadzorczych.

Usprawniono procedurę planowania. Odchodzi się od uchwalania Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych. Pozostanie uchwalanie planu finansowego z uwzględnieniem badania potrzeb zdrowotnych. Wynika to z faktu, iż Fundusz może zakontraktować liczbę świadczeń wynikającą z planu finansowego, tj. w ramach posiadanych środków. Pozostają wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych. Będą one podstawą do konstruowania planu finansowego Funduszu.

Pozostawia się zadanie ministra właściwego do spraw zdrowia do przygotowania na podstawie analizy długookresowych trendów epidemiologicznych, wskaźników zdrowotnych, zmian czynników mających wpływ na stan zdrowotny obywateli oraz wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych wieloletniego Narodowego Planu Zdrowotnego, w którym określa się priorytetowe cele polityki zdrowotnej oraz wytyczne do ich osiągnięcia. Narodowy Plan opracowywany jest co najmniej na 4 lata i zawiera również, opracowane na podstawie wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych, szczegółowe wytyczne na temat priorytetowych celów polityki zdrowotnej oraz wytyczne ich osiągnięcia na najbliższy rok kalendarzowy. Narodowy Plan aktualizowany będzie każdego roku w oparciu o wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych.

Ocena Skutków Regulacji (OSR)

1. Podmioty na które oddziałują projektowane regulacje.

Projekt ustawy swoim zakresem wywiera wpływ na następujące podmioty:

Narodowy Fundusz Zdrowia, minister właściwy do spraw finansów publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw Skarbu Państwa, Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, wojewodowie, samorząd wojewódzki, samorząd powiatowy, samorząd gminny, świadczeniodawcy, apteki, osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia, obywatele polscy posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, nie ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia, cudzoziemcy, których nie dotyczą przepisy o koordynacji oraz pochodzący z państw z którymi Rzeczypospolita Polska nie posiada umowy regulujących zasady udzielania świadczeń zdrowotnych

2. Konsultacje społeczne.

Projekt zostanie przesłany do konsultacji marszałkom województw, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Izbie Aptekarskiej, Naczelnej Izbie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Rektorom Uczelni Medycznych, Instytutom, Stowarzyszeniu Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Związkowi Inwalidów Wojennych RP, Związkowi Sybiraków, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Stomatologów, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, stowarzyszeniom pacjentów.

Ponadto projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego.

Wejście w życie przedmiotowej regulacji prawnej będzie miało wpływ na dochody i wydatki budżetu państwa oraz podmiotów sektora finansów publicznych.

3.1. Skutki finansowe dla budżetu państwa z części 46 – Zdrowie z tytułu świadczeń zdrowotnych na rzecz osób nieubezpieczonych w związku z zapisami nowej ustawy.

W związku z brzmieniem art. 15 oszacowano na podstawie danych statystycznych, że liczba nieubezpieczonych dzieci w wieku od 0 do 18 oraz liczba kobiet ciężarnych nieubezpieczonych wynosi łącznie 168.800 osób.

Koszty nowych uregulowań związanych z uprawnieniem w/w grupy osób do leków, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych:

- z tytułu kosztów leków kwota 28.612 tys. zł

- z tytułu kosztów przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych kwota 1.553 tys. zł

Razem koszty dla tych grup stanowią kwotę 30.165 tys. Zł.

W związku z brzmieniem art. 29 ust. 3 w brzmieniu:

Dodatkowe koszty dla budżetu państwa z części 46- Zdrowie, z tytułu dodatkowych świadczeń stomatologicznych dla uprawnionej grupy osób stanowi kwotę w wysokości 8.440 tys. zł.

3.2. Skutki finansowe dla budżetu państwa z tytułu utworzenia Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych.

W związku z art. 67 tworzącym Polską Agencję Oceny Technologii Medycznych, oszacowano wydatki i dochody agencji.

Zatrudnienie – 27 osób

Roczne wydatki na wynagrodzenia i pochodne: 1.620 tys. zł

Ekspertyzy zewnętrzne

dla około 300 projektów średnio po 2.000,- 720 tys. zł

Wydatki na utrzymanie i funkcjonowanie 600 tys. zł

ROZNE WYDATKI OGÓŁEM: 2.940.tys. zł,-

Wydatki inwestycyjne związane z utworzeniem Agencji

(komputery, sieć lokalna, osprzęt, wyposażenie, samochód osobowy) 250 tys. zł

Ogółem

3.190 tys. zł

Projekcja Dochodów Agencji:

Przy założeniu, że Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia są zwolnione z opłat na rzecz Agencji za rozpatrywanie wniosków, prognozowane dochody wyniosą:

150 projektów x średnio 10.000,- 1.500 tys. zł

ŁĄCZNE SKUTKI FINANSOWE Z TYTUŁU UTWORZENIA AGENCJI TO WYDATEK 1.690 TYS. ZŁ.

3.3. Skutki finansowe dla budżetu państwa z tytułu zapewnienia środków finansowych na realizację zadań zleconych jednostkom samorządu terytorialnego.

Projekt ustawy rozszerza zadania zlecone gmin o finansowanie świadczeń zdrowotnych dla wszystkich nieubezpieczonych obywateli polskich.

Na podstawie szacunków dotyczących liczby osób nieubezpieczonych, przy założeniu średniego rocznego kosztu świadczeń dla jednego ubezpieczonego można ocenić, że wzrost kosztów tej zmiany ustawowej wyniesie około 500 mln zł.

Kwota ta powinna być zabezpieczona w budżecie państwa na realizację zadań zleconych gminom.

3.4. W związku z brakiem w projekcie ustawy zapisu dotyczącego corocznego badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia przez biegłych rewidentów, Narodowy Fundusz Zdrowia, będąc państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, nie prowadzącą działalności gospodarczej, zgodnie z art. 80 ust. 3 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694), nie będzie miał obowiązku zewnętrznego badania sprawozdań finansowych. Odejście od badania ksiąg i sprawozdań przez audytorów zewnętrznych - biegłych rewidentów spowoduje oszczędności szacowane na ok. 200 tys. zł w skali roku

3.5. W związku z zapisami art. 75 i 76 Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych zrealizuje dodatkowe zadania w ramach aktualnie otrzymywanych środków.

3.6. Skutki dla Narodowego Funduszu Zdrowia

Koszty poboru składek przez Fundusz

Obecnie koszty administracyjne NFZ razem z kosztami poboru składek przez inwestycje zewnętrzne wynoszą ok. 1,2% kosztów ogółem.

W przypadku przejęcia poboru przez fundusz należy liczyć się z koniecznością:

- znacznej rozbudowy sieci informatycznej (zakup nowych komputerów i oprogramowania) i kosztów ich eksploatacji
- zwiększenia zatrudnienia (poza normalną obsługą zbierania składek dochodzi zapisana w art. 109 egzekucja składek).

Podobne instytucje za granicą wykazują koszty administracyjne w wysokości od 5 do 15% przychodów. Przyjmując najniższą wartość wzrostu kosztów administracyjnych należy liczyć się ze zwiększeniem tych kosztów co najmniej o ok. 1 mld zł.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Przyjęcie projektowanej regulacji może wpłynąć pozytywnie na rynek pracy poprzez zwiększenie zatrudnienia w Narodowym Funduszu Zdrowia w związku z obowiązkiem zbierania składek na ubezpieczenie zdrowotne przez Fundusz i koniecznością zbudowania struktury organizacyjnej wykonującej to zadanie. Jednocześnie przekazanie zbierania składek na ubezpieczenie zdrowotne przez ZUS i KRUS do NFZ może spowodować nieznaczne zmniejszenie zatrudnienia w tych podmiotach.

Również pozytywnie na rynek pracy wpłynie powstanie Polskiej Agencji Oceny Technologii Medycznych, jako pracodawcy i instytucji zlecającej wykonywanie ekspertyz.

Zwiększenie zadań Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych może spowodować wzrost zatrudnienia w tej instytucji. Nieznaczny wzrost zatrudnienia należy się spodziewać w urzędach obsługujących ministra właściwego do spraw finansów publicznych i spraw zdrowia w związku z nowymi kompetencjami dla tych organów wynikającymi z projektu ustawy.

Nałożenie przez projekt ustawy dodatkowych zadań na organy samorządu terytorialnego również może skutkować wzrostem zatrudnienia w tych jednostkach.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projekt nie będzie miał wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowana ustawa może mieć wpływ pośredni na rozwój regionów poprzez zwiększenie zatrudnienia w oddziałach wojewódzkich funduszu w związku z koniecznością zbierania składek na ubezpieczenie zdrowotne przez NFZ.

Zadania nałożone na organy samorządu terytorialnego również mogą mieć wpływ na sytuację regionów poprzez zwiększenie kompetencji tych jednostek.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia.

Wejście w życie regulacji będzie mieć pozytywny wpływ na ochronę zdrowia ludności, poprzez zapewnienie możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wszystkim świadczeniobiorcom.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej.

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.