



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

IV kadencja

Druk nr 3118

SPRAWOZDANIE
KOMISJI ZDROWIA

**o rządowym projekcie ustawy o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków
publicznych (druk nr 2976).**

Sejm na 77. posiedzeniu w dniu 18 czerwca 2004 r. - zgodnie z art. 39 art. 2 regulaminu Sejmu skierował powyższy projekt ustawy do Komisji Zdrowia w celu rozpatrzenia.

Komisja Zdrowia po rozpatrzeniu tego projektu ustawy na 19 posiedzeniach w dniach: 23, 24, 25, 28, 29, 30 czerwca 2004 r. oraz 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16, 17, 19 i 20 lipca 2004 r.

wnosi:

W y s o k i S e j m uchwalić raczy załączony projekt ustawy.

Komisja – zgodnie z art. 43 ust. 3 regulaminu Sejmu – przedstawia na żądanie wnioskodawców, następujące wnioski mniejszości:

1) w art. 5 pkt 29 nadać brzmienie:

„29) potrzeby zdrowotne - rodzaje i liczby świadczeń opieki zdrowotnej, uzasadnionych i niezbędnych w celu ratowania, zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców;”;

- poseł B.Piecha

2) art. 20 nadać brzmienie:

- „Art. 20. 1. Świadczenia specjalistyczne w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia, z zastrzeżeniem przepisu ust. 1 art. 19, w dniu zgłoszenia w godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielaniu tych świadczeń.
2. Jeśli udzielenie świadczenia specjalistycznego nie jest możliwe w dniu zgłoszenia świadczeniobiorcy, świadczeniodawca ustala termin udzielenia świadczenia informując o nim świadczeniobiorcę z uzasadnieniem wyboru terminu.
 3. Informacja wraz z uzasadnieniem, o której mowa w ust. 2, jest wpisywana do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.
 4. Świadczeniobiorca określa termin, o którym mowa w ust. 2, w pierwszej kolejności na podstawie kryteriów medycznych, uwzględniając następnie kolejność zgłoszenia świadczeniobiorcy względem innych zgłaszających się świadczeniobiorców.
 5. Zasady ustalania kolejności udzielania świadczeń specjalistycznych określone są przez świadczeniodawcę i udostępnione świadczeniobiorcom w sposób zwyczajowo przyjęty.
 6. Jeśli po udzieleniu świadczenia specjalistycznego w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zachodzi potrzeba udzielenia temu samemu świadczeniobiorcy kolejnego świadczenia, świadczeniodawca ustala jego termin na zasadach określonych w ust. 2-4.
 7. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają dotrzymanie tego terminu, świadczeniodawca niezwłocznie informuje świadczeniobiorcę o zmianie terminu i jego przyczynie oraz o nowym terminie udzielenia świadczenia.
 8. Jeśli świadczeniobiorca na skutek okoliczności nieprzewidzianych w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, nie może zgłosić się w ustalonym terminie, niezwłocznie informuje o tym świadczeniodawcę, który ustala wówczas nowy termin udzielenia świadczenia, jeżeli jest ono nadal niezbędne.
 9. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustawie terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeśli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.
 10. Świadczeniodawca przekazuje oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, do akceptacji zasady ustalania kolejności udzielania świadczeń specjalistycznych, o których mowa w ust. 5.
 11. Świadczeniodawca przekazuje oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, o którym mowa w ust. 10, co kwartalnie do 15 dnia pierwszego miesiąca

kwartału stan na ostatni dzień poprzedniego kwartału liczby świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie określonych świadczeń specjalistycznych i średnie czasy oczekiwania na te świadczenia.

12. Odział wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w ust. 11, informuje na żądanie świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia specjalistycznego przez świadczeniodawców posiadających umowę o udzielenie tego świadczenia i średnim czasie oczekiwania na udzielenie tego świadczenia.”;

- poseł M.Stryjska, T.Cymański

3) po art. 20 dodać art. 20a i 20b w brzmieniu:

- „Art. 20a. 1. Jeśli lekarz, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, stwierdzi potrzebę umieszczenia świadczeniobiorcy w szpitalu, a brak jest możliwości niezwłocznej hospitalizacji i nie występuje stan nagły, o którym mowa w art. 19 ustawy, wówczas informuje świadczeniobiorcę o terminie przyjęcia do szpitala lub, jeśli nie jest to możliwe, o orientacyjnym okresie przyjęcia do szpitala.
2. Orientacyjny okres, o którym mowa w ust. 1, oznacza okres nie dłuższy niż 14 dni.
 3. Przepisy art. 20 ust. 2-5 i 7-12 stosuje się odpowiednio.

- Art. 20b. 1. Jeżeli zapotrzebowanie na określone świadczenie wysokospecjalistyczne jest istotnie wyższe od możliwości udzielenia tego świadczenia, minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje decyzję o utworzeniu listy oczekujących na to świadczenie.
2. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wystawiający skierowanie na świadczenie wysokospecjalistyczne, o którym mowa w ust. 1, przesyła niezwłocznie to skierowanie wraz z właściwą dokumentacją medyczną do ministra właściwego do spraw zdrowia informując świadczeniobiorcę, z zastrzeżeniem przepisów art. 19.
 3. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje zespół złożony z właściwych specjalistów, wraz z jego przewodniczącym, do ustalenia listy oczekujących na świadczenie wysokospecjalistyczne, o którym mowa w ust. 1, i do prowadzenia tej listy.
 4. Zespół, o którym mowa w ust. 3, ustala i prowadzi listę oczekujących kierując się zasadami, o których mowa w art. 20 ust. 4.
 5. Świadczeniodawcy, posiadający umowę o udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego, o którym mowa w ust. 1, przekazują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do 15 dnia każdego miesiąca informacje o realizacji tego świadczenia.
 6. Zespół, o którym mowa w ust. 3, stosuje odpowiednio przepisy art. 20 ust. 5-9.
 7. Zespół niezwłocznie, także pisemnie, informuje świadczeniobiorcę o umieszczeniu na liście oczekujących wraz z terminem udzielenia świadczenia lub orientacyjnym okresem udzielenia świadczenia, wraz z listą świadczeniodawców, gdzie świadczenie to może być udzielone.
 8. Orientacyjny okres, o którym mowa w ust. 7, oznacza okres nie dłuższy niż 14 dni.

9. Świadczeniobiorca porozumiewa się z właściwym świadczeniodawcą, z którym, w przypadku gdy był przez zespół, o którym mowa w ust. 3, poinformowany o orientacyjnym okresie udzielenia świadczenia, ustala termin udzielenia świadczenia wysokospecjalistycznego.
10. Prowadzenie listy oczekujących nie narusza przepisów o ochronie danych osobowych.
11. Zespół, o którym mowa w ust. 3, uchwała regulamin swojego działania, który podlega akceptacji ministra właściwego do spraw zdrowia.
12. Informacje o listach oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na określone świadczenie wysokospecjalistyczne oraz o świadczeniodawcach udzielających tych świadczeń minister właściwy do spraw zdrowia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu.”;

- poseł M.Stryjska, T.Cymański

4) art. 24 nadać brzmienie:

„Art. 24. Przepisów art. 19, 20, i 20b nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.”;

- poseł M.Stryjska, T.Cymański

5) po art. 33 dodać art. 33a w brzmieniu:

„Art. 33a. Świadczeniodawca ma prawo do świadczenia wysokospecjalistycznego na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.”;

- poseł M.Stryjska, T.Cymański

Uwaga: w przypadku przyjęcia wniosków mniejszości zawartych w pkt 2, 3, 4 i 5 należy skreślić art. 21, 22 i 23.

6) art. 36 nadać brzmienie:

„Art. 36.1. Leki podstawowe, leki uzupełniające, leki recepturowe i wyroby medyczne są wydawane świadczeniobiorcy na podstawie recepty, za odpłatnością:

- 1) ryczałtową - za leki podstawowe i recepturowe i wyroby medyczne podstawowe;
 - 2) w wysokości 30% albo 50% ceny leku - za leki uzupełniające i wyroby medyczne uzupełniające.
2. Opłata ryczałtowa oraz częściowa odpłatność dotyczy jednostkowego opakowania leku lub wyrobu medycznego określonego w wykazach, o których mowa w ust. 5 pkt 1.
 3. Opłata ryczałtowa nie może przekraczać 0,5% minimalnego wynagrodzenia w przypadku leku lub wyrobu medycznego podstawowego oraz 1,5% minimalnego wynagrodzenia w przypadku leku recepturowego.
 4. Leki niewpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzone z zagranicy

na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, Nr 69, poz. 625, Nr 91, poz. 877, Nr 92, poz. 882 i Nr 93, poz. 896) mogą być wydawane po wniesieniu opłaty ryczałtowej, pod warunkiem że konieczność ich refundacji została potwierdzona przez Prezesa Funduszu.

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

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

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

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

- poseł B.Piecha

7) art. 58 nadać brzmienie:

„Art. 58. Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentystry lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.”;

- poseł M.Stryjska

8) w art. 81 w ust. 8 w pkt 5 i 6 wyrazy „40%” zastąpić wyrazami „80%”;

- poseł M.Stryjska, B.Piecha

9) w art. 106 w ust. 2 po pkt 4 dodać pkt 5 w brzmieniu:

„5) dwóch członków powołuje się na wniosek wojewódzkich organów ogólnokrajowych organizacji związkowych reprezentatywnych w rozumieniu art. 6 ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych”;

- poseł B.Piecha

Uwaga: w przypadku przyjęcia wniosku mniejszości zawartego w pkt 9 należy w zdaniu wstępnym art. 106 ust. 2 wyraz „jedenastu” zastąpić wyrazem „trzynastu”.

10) w art. 117 w pkt 11 po wyrazie „obligacji” dodać wyrazy „Skarbu Państwa”;

- poseł M.Stryjska

11) w art. 203 zmianie 1 nadać brzmienie:

„1) w art. 46 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:

„6a) dokonywanie okresowych analiz działalności zakładu w zakresie spraw, o których mowa w art. 20 i 20a przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

- poseł M.Stryjska, T.Cymański

Uwaga: łącznie należy głosować wnioski mniejszości zawarte w pkt 2, 3, 4, 5 i 11.

Uwaga: w przypadku przyjęcia niektórych wniosków mniejszości ulegnie zmianie numeracja ustawy.

Warszawa, dnia 23 lipca 2004 r.

Sprawozdawca
/-/Andrzej Wojtyła

Przewodnicząca Komisji
/-/Barbara Błońska-Fajfrowska

USTAWA
z dnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁾

DZIAŁ I
Przepisy ogólne

Rozdział 1

Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz objaśnienia określeń ustawowych

Art. 1.

1. Ustawa określa:

- 1) warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) zasady i tryb finansowania świadczeń, o których mowa w pkt 1;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera, ustawę z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, ustawę z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe, ustawę z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej, ustawę z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawę z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawę z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy, ustawę z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest, ustawę z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawę z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, ustawę z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, ustawę z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa, ustawę z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, ustawę z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, ustawę z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawę z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, ustawę z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, ustawę z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach, ustawę z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego, ustawę z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe i naprawcze, ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, ustawę z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.

- 3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;
 - 4) zasady powszechnego - 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, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5.07.1971, str. 2 i n., z późn. zm.) 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, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n., z późn. zm.) 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., z późn. zm.);
 - 6) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”;
 - 7) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń, o których mowa w pkt 1.
2. Ustawa ma na celu zapewnienie równości w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla osób, które spełniają warunki ich uzyskania i określenie zobowiązań dla podmiotów zobowiązanych do finansowania tych świadczeń oraz świadczeniodawców.

Art. 2.

1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:
 - 1) osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”;
 - 2) inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz. 593), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych
- zwane dalej „świadczeniobiorcami”.
2. Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

Art. 3.

1. Ubezpieczonymi są:

- 1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim 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. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68;
- 4) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:
 - a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.²⁾),
 - b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.³⁾).

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.

2. Ubezpieczonymi są także:

- 1) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3;
 - 2) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony;
 - 3) odbywający staż adaptacyjny;
 - 4) odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach o szkolnictwie wyższym, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3
- jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68;
- 5) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 6) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2, zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3.

Art. 4.

Ubezpieczeniu nie podlegają, z zastrzeżeniem art. 3, cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach

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.

specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej.

Art. 5.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) ambulatoryjna opieka zdrowotna - udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
- 2) apteka - aptekę ogólnodostępną, aptekę zakładową prowadzoną w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub punkt apteczny;
- 3) członek rodziny - następujące osoby:
 - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
 - b) małżonka,
 - c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 4) felczer ubezpieczenia zdrowotnego - felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) 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) instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę - instytucję wypłacającą rentę strukturalną zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych i przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej;
- 7) kombatant - osobę, o której mowa w art. 1-4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371 i Nr 181, poz. 1515, z 2003 r. Nr 72, poz. 658 oraz z 2004 r. Nr 46, poz. 444);
- 8) 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);
- 9) lek - produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, Nr 69, poz. 625, Nr 91, poz. 877, Nr 92, poz. 882 i Nr 93, poz. 896);

- 10) lek podstawowy - produkt leczniczy ratujący życie lub niezbędny w terapii dla przywracania lub poprawy zdrowia, spełniający warunki bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności kosztowej;
- 11) lek recepturowy - produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;
- 12) lek uzupełniający - produkt leczniczy wspomagający lub uzupełniający działanie leków podstawowych, a także produkt leczniczy o zbliżonych właściwościach terapeutycznych do leku podstawowego;
- 13) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej - w szczególności lekarza posiadającego specjalizację pierwszego lub drugiego stopnia w dziedzinie medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- 14) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 15) minimalne wynagrodzenie - minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. Nr 200, poz. 1679);
- 16) nazwa międzynarodowa leku - nazwę leku zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia;
- 17) niepełnosprawny - osobę, o której mowa w art. 4-5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.⁴⁾);
- 18) odbywający staż adaptacyjny - odbywającego staż adaptacyjny wnioskodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz.U. Nr 87, poz. 954, z 2002 r. Nr 71, poz. 655 oraz z 2003 r. Nr 190, poz. 1864) lub odbywającego staż adaptacyjny wnioskodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 10 maja 2002 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do podejmowania lub wykonywania niektórych działalności (Dz.U. Nr 71, poz. 655 oraz z 2003 r. Nr 190, poz. 1864);

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1082, z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668, Nr 137, poz. 887, Nr 156, poz. 1019 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 49, poz. 486, Nr 90, poz. 1001, Nr 95, poz. 1101 i Nr 111, poz. 1280, z 2000 r. Nr 48, poz. 550 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 39, poz. 459, Nr 100, poz. 1080, Nr 125, poz. 1368, Nr 129, poz. 1444 i Nr 154, poz. 1792 i 1800, z 2002 r. Nr 169, poz. 1387, Nr 200, poz. 1679 i 1683 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 90, poz. 844, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2262.

- 19) osoba bezdomna wychodząca z bezdomności - osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami o pomocy społecznej;
- 20) osoba pobierająca emeryturę lub rentę - osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz.U. Nr 52, poz. 539) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz.U. Nr 229, poz. 2273);
- 21) osoba prowadząca działalność pozarolniczą - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 22) osoba represjonowana - osobę, o której mowa w art. 12 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego;
- 23) osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;
- 24) osoba współpracująca - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej - pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących oraz środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących oraz środowiska nauczania i wychowania, udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 26) pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego - pielęgniarkę lub położną będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo pielęgniarkę lub położną zatrudnioną lub wykonującą zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 27) podstawowa opieka zdrowotna - świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny

- cyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
- 28) położna podstawowej opieki zdrowotnej - położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne z pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 29) potrzeby zdrowotne - liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;
 - 30) program zdrowotny - zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych;
 - 31) przeciętne wynagrodzenie - przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”;
 - 32) przepisy o koordynacji - przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, określone w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz w rozporządzeniu Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo;
 - 33) stan nagły - stan, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 113, poz. 1207, Nr 154, poz. 1801, z 2002 r. Nr 241, poz. 2073, z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 124, poz. 1152 oraz z 2004 r. Nr ... poz. ...);
 - 34) świadczenie opieki zdrowotnej - świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące;
 - 35) świadczenie gwarantowane - świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie;

- 36) świadczenie specjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 37) świadczenie zdrowotne rzeczowe - związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze;
- 38) świadczenie towarzyszące - zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego;
- 39) świadczenie wysokospecjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej lub procedura medyczna spełniające łącznie następujące kryteria:
 - a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenie,
 - b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki,
 - c) istnieje określone zapotrzebowanie zdrowotne na dane świadczenie;
- 40) świadczenie zdrowotne - działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;
- 41) świadczeniodawca:
 - 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 wymienioną w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
 - c) jednostkę budżetową tworzoną i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub Ministra Sprawiedliwości, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 50a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.⁵⁾);
- 42) procedura medyczna - postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935 oraz z 2000 r. Nr 3, poz. 28 i Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215.

- infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
- 43) ubezpieczenia społeczne - ubezpieczenia określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
 - 44) ubezpieczenie społeczne rolników - ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;
 - 45) wolontariusz - osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Rozdział 2

Zadania władz publicznych

Art. 6.

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

- 1) tworzenie warunków ~~organizacyjnych~~ funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ~~w tym~~
~~infrastruktury zdrowotnej~~;
 - 2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany;
 - 3) promocję zdrowia i profilaktykę, mającą na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;
 - 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej;
- ~~4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.~~

Art. 7.

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

- ~~1) rozpoznawanie potrzeb świadczeniobiorców w zakresie opieki zdrowotnej na terenie gminy;~~
- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
 - 2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych;
 - 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców ~~społeczeństwa~~ z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;

~~4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;~~

~~5) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej, szkoły, organizacje pozarządowe i zawodowe oraz inne jednostki uczestniczące w promocji zdrowia~~4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

2. Do zadań zleconych gminy należy wydawanie decyzji, o których mowa w art. 54, w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni spełniających kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku których nie zachodzi okoliczność, o której mowa w art. 12 tej ustawy.

~~1) finansowanie świadczeniodawcy mającemu siedzibę na terenie gminy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie gminy świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony spełniającemu kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593), z zastrzeżeniem art. 29 ust. 4.;~~

~~2) finansowanie świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt 1, i aptecce mającej siedzibę na terenie gminy, kosztów leków, przedmiotów ortopedycznych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych wydawanych osobie określonej w pkt 1 – o ile finansowanie tych kosztów nie wynika z przepisów wymienionych w art. 12 i 13 lub umów międzynarodowych;~~

~~3) kontrola, o której mowa w art. 18 ust. 6, art. 56 i 58;~~

3. W celu ustalenia sytuacji dochodowej i majątkowej świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 2, przeprowadza się rodzinny wywiad środowiskowy na zasadach i w trybie określonych w przepisach o pomocy społecznej.

4. Gmina otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 2 i 3.

Art. 8.

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

1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;

~~2) podejmowanie działań w zakresie tworzenia miejsc pracy służących rozwojowi i podniesieniu poziomu zdrowia i utrzymania wysokokwalifikowanej kadry medycznej;~~

~~3) udzielanie świadczeniobiorcom informacji o prawach do świadczeń opieki zdrowotnej, dostępności do tych świadczeń i wskazywanie świadczeniodawców właściwych do udzielenia danego świadczenia;~~

- 2) przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych;
 - 3) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu;
 - 4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
 - ~~5) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;~~
-) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Art. 9.

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

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
- 2) przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych;
- 3) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- 4) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia ~~w ochronie zdrowia;~~
- ~~5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.~~

Art. 10.

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

- 1) ocena ~~stanu i efektywności~~ zabezpieczenia opieki zdrowotnej ~~ochrony zdrowia~~ na terenie województwa;
- 2) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego;
- 3) koordynowanie programów zdrowotnych - na podstawie informacji, o których mowa art. 9 pkt 2;

- 4) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do 15 dnia miesiąca następującego po zakończeniu danego kwartału, kwartalnych informacji o programach zdrowotnych;
- 5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych.

~~3) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych.~~

Art. 11.

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

~~1) tworzenie koncepcji i określanie kierunków rozwoju ochrony zdrowia;~~

- 1) prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
 - 2) opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją;
 - 3) finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych w zakresie i na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 15 ust. 3;
 - 4) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;
 - 5) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie określonym w dziale VII;
 - 6) zatwierdzanie planu finansowego Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
 - 7) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu.
2. Do zadań ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:
- 1) sprawowanie nadzoru w zakresie gospodarki finansowej Funduszu na zasadach przewidzianych w niniejszej ustawie;
 - 2) zatwierdzanie sprawozdania finansowego Funduszu po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

DZIAŁ II

Świadczenia opieki zdrowotnej

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 12.

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

- 1) art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.⁶⁾);
- 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.⁷⁾);
- 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;
- 7) przepisów ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 113, poz. 1207, z późn. zm.⁸⁾);
- 8) przepisów ustawy z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz.U. Nr 241, poz. 2073 oraz z 2003 r. Nr 99, poz. 920).

Art. 13.

1. Świadczeniobiorcy inni niż ubezpieczeni:

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

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

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

⁸⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2001 r. Nr 154, poz. 1801, z 2002 r. Nr 241, poz. 2083 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 124, poz. 1152.

- mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych.
- 2. Leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze są wydawane osobom, o których mowa w ust. 1 pkt 2, o ile są związane z ciążą, porodem i położeniem.
- 3. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1 i 2 oraz w art. 12, udzielane świadczeniobiorcom są finansowane z:
 - 1) budżetu państwa - w przypadku świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni;
 - 2) Funduszu - w przypadku ubezpieczonych- chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.
- 4. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1 i 2 oraz art. 12 pkt 1-5, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.

Art. 14.

Na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Fundusz.

Art. 15.

- 1. Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.
- 2. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie:
 - 1) badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną;
 - 2) świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne;
 - 3) podstawową opiekę zdrowotną;
 - 4) świadczenia w środowisku nauczania i wychowania;
 - 5) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
 - 6) rehabilitację leczniczą;
 - 7) świadczenia stomatologiczne;
 - 8) leczenie szpitalne;
 - 9) świadczenia wysokospecjalistyczne;
 - 10) leczenie w domu chorego;
 - 11) badanie i terapię psychologiczną;
 - 12) badanie i terapię logopedyczną;

- 13) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną;
 - 14) pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi;
 - 15) opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu;
 - 16) opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią niemowląt;
 - 17) opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia;
 - 18) opiekę nad zdrowym dzieckiem, w tym ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18;
 - 19) leczenie uzdrowiskowe;
 - 20) zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze;
 - 21) transport sanitarny;
 - 22) ratownictwo medyczne.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) wykaz i zakres udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych, które są finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 2) tryb przekazywania środków publicznych z tytułu realizacji świadczeń, o których mowa w pkt 1;
 - 3) sposób ustalania ceny oraz finansowania świadczeń, o których mowa w pkt 1;
 - 4) podmioty sprawujące ocenę jakości świadczeń, o których mowa w pkt 1
- kierując się w szczególności wymaganiami dotyczącymi szczególnych kwalifikacji personelu udzielającego tych świadczeń i koniecznością użycia specjalistycznej aparatury.

Art. 16.

1. Świadczeniobiorcy na podstawie ustawy nie przysługują:
 - 1) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
 - 2) świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane.
2. Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, na zlecenie prokuratury albo sądu, w związku z postępowaniem prowadzonym na podstawie odrębnych ustaw, są pokrywane z części budżetu państwa, której dysponentem jest, odpo-

wiednio, Minister Sprawiedliwości, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego albo Prezes Naczelnego Sądu Administracyjnego.

3. Przepis ust. 2 nie wyłącza możliwości obciążenia strony postępowania kosztami badania lub wydawania orzeczenia lub zaświadczenia, o których mowa w tym przepisie, na podstawie odrębnych przepisów.
4. Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, orzekaniem o niepełnosprawności, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie.
5. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 4, uwzględniając cel wydania orzeczenia lub zaświadczenia oraz przeprowadzenia badania.

Art. 17.

Świadczeniobiorcom na podstawie ustawy nie przysługują świadczenia opieki zdrowotnej określone w wykazie, stanowiącym załącznik do ustawy.

Art. 18.

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

Art. 19.

1. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.
2. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie.
3. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świad-

- czyeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę.
4. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.
 5. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.
 6. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku, o którym mowa w ust. 5. Przepisy art. 64 stosuje się odpowiednio.

Art. 20.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i w ramach ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
 2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1:
 - 1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
 - 2) informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;
 - 3) wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:
 - a) numer kolejny,
 - b) datę i godzinę wpisu,
 - c) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
 - d) numer PESEL, a w przypadku jego braku, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
 - e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
 - f) adres świadczeniobiorcy,
 - g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
 - h) termin udzielenia świadczenia,
 - i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu
- w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

3. Dokonanie przez świadczeniodawcę czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.
4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.
5. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.
6. Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.
7. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującym na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.
8. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.
9. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie ust. 2, 7 lub 8, lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.
10. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania, świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.
11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.

Art. 21.

1. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. W skład zespołu oceny przyjęć wchodzi:
 - 1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej;
 - 2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej;
 - 3) pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku - inna pielęgniarka.

3. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, wyznacza przewodniczącego zespołu spośród osób, o których mowa w ust. 2, a także określa tryb pracy.
4. Do zadań zespołu oceny przyjęć należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:
 - 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji;
 - 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia;
 - 3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.
5. Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1.
6. Jeżeli u świadczeniodawcy nie udziela świadczeń lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, to w skład zespołu oceny przyjęć wchodzi osoby, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3.
7. Jeżeli w zakładzie opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1, działa zespół zarządzania jakością, spełniający warunki określone w ust. 2, wykonuje on zadania, o których mowa w ust. 4 i 5.

Art. 22.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń wysokospecjalistycznych prowadzi listę oczekujących na te świadczenia zgodnie z zasadami, o których mowa w art. 20 i 21.
2. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń wysokospecjalistycznych co najmniej raz w miesiącu są przekazywane do Funduszu i ministra właściwego do spraw zdrowia. Przepisy art. 23 stosuje się odpowiednio.
3. Nadzór nad tworzeniem i prowadzeniem list oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne prowadzi minister właściwy do spraw zdrowia, uwzględniając w szczególności zmiany terminu, zmiany kolejności i ich przyczyny.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia na stronie internetowej ministerstwa informacje o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego i średnim czasie oczekiwania na te świadczenia, aktualizując ją nie rzadziej niż raz na miesiąc.

Art. 23.

1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania.
2. Informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu, właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia, publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu.

3. Oddział wojewódzki Funduszu, o którym mowa w ust. 2, informuje, na żądanie, świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej.
4. Świadczeniodawca, na umotywowany wniosek dyrektora właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu, jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie inne niż określone w ust. 7 informacje dotyczące realizacji obowiązków, o których mowa w ust. 1-6.
5. W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20-22, dyrektor właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadza kontrolę w trybie art. 64.
6. Fundusz tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przekazywanych przez te oddziały.
7. Fundusz udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 6, w szczególności poprzez bezpłatną linię telefoniczną.

Art. 24.

Przepisów art. 19-23 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Art. 25.

1. Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, z wyjątkiem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonemu zgodnie z przepisami o koordynacji.
2. Prezes Funduszu wydaje ubezpieczonemu, na wniosek: ubezpieczonego, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, zwanego dalej „podmiotem uprawnionym”, zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w przypadku, o którym mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o których mowa w ust. 2;
 - 2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1- mając na względzie dobro ubezpieczonego oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria

ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, uwzględniając aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych wiedzę i praktykę medyczną oraz kierując się potrzebą właściwej realizacji art. 22 ust. 2 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71.

Art. 26.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może, na wniosek podmiotu uprawnionego, skierować świadczeniobiorcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia świadczeniobiorcy, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego właściwego w danej dziedzinie medycyny.
2. Koszty leczenia lub badań diagnostycznych świadczeniobiorcy poza granicami kraju:
 - 1) wynikające z umów międzynarodowych zawartych z państwami niebędącymi członkami Unii Europejskiej lub członkami Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
 - 2) powstałe na podstawie skierowania, o którym mowa w ust. 1, wraz z kosztami transportu świadczeniobiorcy do miejsca leczenia za granicą i do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju- są finansowane z budżetu państwa.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w ust. 1;
 - 2) wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1;
 - 3) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w ust. 2 pkt 2- mając na względzie dobro pacjenta oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju.

Art. 27.

1. Świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują:
 - 1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
 - 2) profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
 - 3) promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19 roku życia;
 - 4) prowadzenie badań profilaktycznych, w tym profilaktyki stomatologicznej obejmującej kobiety w ciąży;

- 5) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
 - 6) wykonywanie szczepień ochronnych;
 - 7) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia uprawiających sport amatorski.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, w odniesieniu do działań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 4, zakres świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności badań przesiewowych, wraz z okresami, w których te badania są przeprowadzane, uwzględniając szczególną rolę profilaktyki.
 3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ukończenia 19 roku życia, a także zakres informacji przekazywanych wojewodzie o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad tymi osobami, uwzględniając profilaktykę stomatologiczną i promocję zdrowia, a przypadku dzieci i młodzieży kształcącej się w szkołach - profilaktykę w środowisku nauczania.
 4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw kultury fizycznej i sportu, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, zakres koniecznych badań lekarskich oraz częstotliwość ich przeprowadzania w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji albo posiadających licencję na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu, uwzględniając potrzebę szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

Art. 28.

1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz.U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1399, z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 113, poz. 1070, Nr 128, poz. 1175, Nr 137, poz. 1302 i Nr 166, poz. 1609 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257) i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego. Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania.
2. Opłata, o której mowa w ust. 1, stanowi przychód podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Art. 29.

Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

Art. 30.

Świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

Art. 31.

1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza dentystry spośród lekarzy dentystów, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.
2. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń zdrowotnych lekarza dentystry oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane.
3. Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentystry oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz podstawowych świadczeń lekarza dentystry oraz podstawowych materiałów stomatologicznych, uwzględniając konieczność zapewnienia skuteczności leczenia, a także wykaz dodatkowych świadczeń stomatologicznych i materiałów stomatologicznych oraz rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń, uwzględniając dobro świadczeniobiorcy oraz możliwości płatnicze Funduszu.

Rozdział 2

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 32.

Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane.

Art. 33.

1. Leczenie uzdrowiskowe przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, a jeżeli nie można ustalić miejsca jego zamieszkania - oddział wojewódzki Funduszu właściwy dla świadczeniodawcy, który wystawił skierowanie.
3. Świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego oraz częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych pokrywa do wysokości określonej w umowie oddziału wojewódzkiego Funduszu z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego.
4. Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej - do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu - bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w prewentorium i sanatorium uzdrowiskowym.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) sposób wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 2) tryb potwierdzania skierowania, o którym mowa w pkt 1;
 - 3) wysokość częściowej odpłatności świadczeniobiorcy za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym;
 - 4) poziomy warunków zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym oraz okresy pobytu- uwzględniając konieczność weryfikacji celowości skierowania na leczenie uzdrowiskowe, a także warunki bytowe i okresy, w których realizowane jest skierowanie na leczenie uzdrowiskowe.

Art. 34.

1. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem art. 40.
2. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on prawo wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.
3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz felczera i starszego felczera.

Art. 35.

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

Art. 36.

1. Leki podstawowe, leki uzupełniające, leki recepturowe oraz środki antykoncepcyjne są wydawane świadczeniobiorcy na podstawie recepty, za odpłatnością:
 - 1) ryczałtową - za leki podstawowe i recepturowe przygotowywane z surowców farmaceutycznych, o których mowa w ust. 5 pkt 4, lub z leków gotowych zamieszczonych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, pod warunkiem że przepisana dawka leku recepturowego jest mniejsza od najmniejszej dawki leku gotowego w formie stałej stosowanej doustnie;
 - 2) w wysokości 30% albo 50% ceny leku - za leki uzupełniające i środki antykoncepcyjne.
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 z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, Nr 69, poz. 625, Nr 91, poz. 877, Nr 92, poz. 882 i Nr 93, poz. 896) mogą być wydawane po wniesieniu opłaty ryczałtowej, pod warunkiem że konieczność ich refundacji została potwierdzona przez Prezesa Funduszu, który uwzględni w szczególności ich skuteczność kliniczną, bezpieczeństwo i cenę w porównaniu do leków wpisanych

do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej o tym samym wskazaniu terapeutycznym .

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

- 1) wykaz 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, znaczenie leku w zwalczaniu chorób o znacznym zagrożeniu epidemiologicznym i cywilizacyjnym, wpływ leku na bezpośrednie koszty leczenia, a także możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

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

Art. 37.

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. 36 ust. 1 pkt 1 lub za częściową odpłatnością określoną w art. 36 ust. 1 pkt 2.

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

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

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

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

Art. 38.

1. Wprowadza się limity cen leków zawartych w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 oraz art. 37 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 drodze podania.
3. Apteka może wydać lek, o którym mowa w ust. 1, którego cena przekracza limit ceny, pobierając dopłatę w wysokości różnicy między ceną wydawanego leku a wysokością limitu ceny.
4. Apteka ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku, innego niż przepisany na receptce, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty wskazującej na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.
5. Jeżeli w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, zamieszczono lek o nazwie międzynarodowej, apteka może wydać, na zasadach określonych w art. 36 ust. 1 albo bezpłatnie, również inny lek dopuszczony do obrotu, niezamieszczony w tych wykazach, a objęty tą samą nazwą międzynarodową, pod warunkiem że jego cena nie jest wyższa od limitu ceny, a jeżeli limit nie został ustalony - od ceny leku zamieszczonego w wykazach.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, ustala, w drodze rozporządzenia, limity cen leków posiadających tę samą nazwę międzynarodową oraz leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, wymienionych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1, oraz limity cen leków i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 37 ust. 2 pkt 2, uwzględniając w szczególności skuteczność i bezpieczeństwo ich stosowania.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kryteria kwalifikacji leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, do grupy objętej wspólnym limitem ceny, biorąc pod uwagę wskazania terapeutyczne i bezpieczeństwo ich stosowania oraz skuteczność leków.

Art. 39.

1. Podmiot odpowiedzialny lub wytwórca leków, a także wytwórca wyrobów medycznych, jego autoryzowany przedstawiciel albo importer, zwani dalej „wnioskodawcą”, mogą składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o umieszczenie leków lub wyrobów medycznych w wykazach, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2.
2. Wnioski, o których mowa w ust. 1, zawierają w szczególności:
 - 1) oznaczenie (firmę) wnioskodawcy, jego siedzibę i adres;

- 2) nazwę i proponowaną cenę leku lub wyrobu medycznego;
 - 3) wielkość realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku i deklarowanych w okresie późniejszym;
 - 4) dzienny koszt terapii oraz średni koszt standardowej terapii;
 - 5) uzasadnienie wniosku i proponowanej ceny;
 - 6) analizę skuteczności klinicznej, efektywności kosztowej oraz analizę wpływu na ogólne koszty refundacji dla leku oryginalnego.
3. Wnioski określone w ust. 1 rozpatruje Zespół do Spraw Gospodarki Lekami, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz.U. Nr 97, poz. 1050 oraz z 2002 r. Nr 144, poz. 1204), zwany dalej „Zespołem”.
 4. Zespół nie rozpatruje wniosku, o którym mowa w ust. 1, jeżeli nie spełnia on kryteriów określonych w art. 7 ustawy wymienionej w ust. 3.
 5. Zespół przekazuje wnioskodawcy stanowisko w sprawie nieuwzględnienia wniosku, o którym mowa w ust. 1, wraz z uzasadnieniem. W terminie 14 dni od dnia otrzymania stanowiska wnioskodawca może zwrócić się do ministra właściwego do spraw zdrowia o ponowne rozpatrzenie wniosku.
 6. Rozpatrywanie wniosku nie powinno trwać dłużej niż 90 dni, licząc od dnia jego złożenia, z tym że w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do umieszczenia danego leku i wyrobu medycznego we właściwym wykazie bieg tego terminu ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia wniosku.
 7. W przypadku gdy procedura umieszczenia leku lub wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, występuje łącznie z rozpatrywaniem informacji lub wniosku o ustalenie ceny urzędowej, łączny termin nie powinien przekroczyć 180 dni, a w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosków łącznie, bieg tego terminu ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia wniosku.
 8. Od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia przysługuje skarga do sądu administracyjnego.
 9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, 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- z uwzględnieniem przepisów ust. 2-7.

Art. 40.

1. Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz w środki pomocnicze przysługuje świadczeniobiorcom na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie.
2. Udział środków publicznych w cenie wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego nie może być niższy niż kwota

- stanowiąca 50% limitu ceny określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 4 dla wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym lub środka pomocniczego albo ceny nabycia przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego.
3. Limit ceny określony dla naprawy wyrobu medycznego będącego przedmiotem ortopedycznym może być wykorzystany przez świadczeniobiorcę do dokonania naprawy użytkowanego przedmiotu ortopedycznego w okresie używalności ustalonym dla danego przedmiotu.
 4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, limit cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach - w zakresie którego podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych finansuje to świadczenie, oraz limit cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych, uwzględniając dobro świadczeniobiorcy oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.
 5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy wykaz wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteria ich przyznawania, okresy użytkowania, a także wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi podlegające naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzór zlecenia, o którym mowa w ust. 1 i w art. 47, uwzględniając dobro świadczeniobiorcy oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Art. 41.

1. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:
 - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej;
 - 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
2. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego - w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia - do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.
3. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

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

Art. 42.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w załączniku do ustawy oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej udzielane żołnierzom w czynnej służbie wojskowej i pracownikom wojska, o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, oraz po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę, w związku z urazami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, pokrywa się z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w załączniku do ustawy oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej udzielane policjantom, funkcjonariuszom Straży Granicznej oraz funkcjonariuszom Biura Ochrony Rządu, a także pracownikom tych służb oraz po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę, w związku z urazami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami kraju są finansowane jak dla osób, o których mowa w ust. 1, z części budżetu państwa pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Rozdział 3

Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 43.

1. Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu, o którym mowa w art. 38 ust. 1, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza albo felczera niebędącego lekarzem albo felczerelem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.
2. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 1.

Art. 44.

1. Osobom, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki umieszczone w wykazach leków podstawowych i uzupełniających oraz leki recepturowe.

2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego albo felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz albo felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.
3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.
4. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 3.

Art. 45.

1. Osobom:

- 1) które są inwalidami wojskowymi;
 - 2) które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów;
 - 3) wymienionym w art. 42 i 59 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin
- przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.
2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego albo felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz albo felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.
 3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.
 4. Lekarz albo felczer wystawiający receptę obowiązany jest wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.
 5. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 3.
 6. Bezpłatne zaopatrzenie w leki osób, o których mowa w ust. 1, przysługuje do wysokości limitu, o którym mowa w art. 38 ust. 1.

Art. 46.

1. Inwalidom wojennym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnionym do renty rodzinnej, a także osobom represjonowanym, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki spełniające łącznie następujące warunki:

- 1) oznaczone symbolem Rp w decyzji dopuszczającej do obrotu;
 - 2) wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego albo felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz albo felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.
 3. Lekarz albo felczer wystawiający receptę obowiązany jest wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.
 4. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.
 5. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 4.

Art. 47.

1. Inwalidom wojennym i wojskowym oraz osobom represjonowanym przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza albo felczera niebędącego lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept, do wysokości limitu ceny określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 4.
2. Przepisy art. 40 ust. 2-5 stosuje się odpowiednio.

Rozdział 4

Programy zdrowotne

Art. 48.

1. Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Fundusz.
2. Programy zdrowotne dotyczą w szczególności:
 - 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
 - 2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania;
 - 3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.
3. Program zdrowotny może być realizowany w okresie jednego roku albo wielu lat.

4. Wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert przeprowadzanego przez podmiot, o którym mowa w ust. 1; nie dotyczy to Funduszu.
5. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 4, podmiot, o którym mowa w ust. 1, ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 30 dni przed wyznaczonym upływem terminu składania ofert.
6. W ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 5, określa się w szczególności:
 - 1) przedmiot konkursu ofert;
 - 2) wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego;
 - 3) termin i miejsce składania ofert.
7. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.
8. W przypadku programów zdrowotnych opracowywanych i finansowanych przez ministra w zakresie, w jakim obejmują one świadczenia opieki zdrowotnej, wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawarcia z nim umowy dokonuje Fundusz, w imieniu właściwego ministra, na zasadach, o których mowa w art. 139 ust. 1 pkt 1.
9. W przypadku zgłoszenia się do realizacji programu jednego oferenta stosuje się art. 139 ust. 1 pkt 2.
10. W przypadku programów zdrowotnych opracowywanych, wdrażanych, realizowanych i finansowanych przez Fundusz, dokonuje on wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawiera z nim umowy, na zasadach i w trybie określonych dla umów zawieranych ze świadczeniodawcami.
11. Do wyboru realizatora programu zdrowotnego nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Rozdział 5

Dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 49.

1. Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest kartą typu elektronicznego
3. Karta ubezpieczenia zdrowotnego zawiera w szczególności następujące dane:
 - 1) imię (imiona) i nazwisko;
 - 2) datę urodzenia;
 - 3) numer PESEL, a w przypadku cudzoziemca - numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 4) kody, rodzaje oraz okresy ważności uprawnień;

- 5) numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 6) kod ISO 3166-1 dla Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 7) nazwę „Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego”;
 - 8) nazwę „Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego”;
 - 9) datę ważności karty;
 - 10) numer identyfikacyjny karty.
4. Karta ubezpieczenia zdrowotnego wydawana jest bezpłatnie. W przypadku utraty karty ubezpieczenia zdrowotnego pobiera się opłatę w wysokości 1,5 % minimalnego wynagrodzenia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględniając przepisy Unii Europejskiej w sprawie wzoru Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego,
 - 2) wzór wniosku o wydanie karty ubezpieczenia zdrowotnego, sposób jego składania do Funduszu oraz sposób dostarczenia karty ubezpieczenia zdrowotnego do ubezpieczonego, uwzględniając konieczność weryfikacji danych ubezpieczonego zawartych we wniosku oraz konieczność jego potwierdzenia.

Art. 50.

1. Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:
 - 1) kartę ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku ubezpieczonego;
 - 2) dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 - w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony.
2. W przypadku stanu nagłego dokument, o którym mowa w ust. 1, może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w szpitalu.
3. Jeżeli przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 1, w terminie określonym w ust. 2 nie jest możliwe, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
4. W razie nieprzedstawienia dokumentu, o którym mowa w ust. 1, w terminach określonych w ust. 2 i 3, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.
5. W razie nieodprowadzenia przez zobowiązanego płatnika przez okres dłuższy niż miesiąc składki na ubezpieczenie zdrowotne za ubezpieczonego, Fundusz obciąża tego płatnika poniesionymi kosztami udzielonych ubezpieczonemu świadczeń opieki zdrowotnej.
6. Późniejsze niż przewidziane w ust. 2 i 3 przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 1, nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów, o których mowa w ust. 4, albo ich zwrotu.

7. Opłacenie zaległych składek wraz z odsetkami nie zwalnia z obowiązku pokrycia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.
8. Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 4 i 5 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia, w którym stały się wymagalne.
9. Przepisów ust. 1-8 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom do ukończenia 6 miesiąca życia.

Art. 51.

1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących ubezpieczonemu, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, oddział wojewódzki Funduszu wydaje zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.
2. Zaświadczenie wydaje się na zasadach i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji.
3. Zaświadczenie określone w ust. 1 dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16 i art. 67 ust. 7, zamieszkałych 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, wydaje Mazowiecki Oddział Wojewódzki Funduszu.

Art. 52.

1. Osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w celu korzystania z tych świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oddział wojewódzki Funduszu wydaje dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, zwane dalej „poświadczeniem”.
2. Poświadczenie zawiera następujące dane:
 - 1) imiona i nazwisko;
 - 2) datę urodzenia;
 - 3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie, o której mowa w ust. 1, nie nadano tego numeru - serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych;
 - 4) adres miejsca zamieszkania;
 - 5) nazwę instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej;
 - 6) adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 7) zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji;

- 8) okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 9) numer poświadczenia.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób wydawania poświadczenia oraz jego wzór, uwzględniając dane, o których mowa w ust. 2, oraz dokumenty, na podstawie których są wydawane poświadczenia, kierując się koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i rzetelnego potwierdzania prawa do tych świadczeń.

Art. 53.

1. Osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego, jest obowiązana przedstawić poświadczenie.
2. Osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń, wystawionego przez zagraniczną instytucję właściwą.
3. Jeżeli poświadczenie albo dokument, o którym mowa w ust. 2, nie zostaną przedstawione w przypadku:
 - 1) stanu nagłego;
 - 2) porodu- przepisy art. 50 ust. 2-4, 6, 8 i 9 stosuje się odpowiednio.

Art. 54.

1. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo.
2. Decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje się po:
 - 1) przedłożeniu przez świadczeniobiorcę, o którym mowa w ust. 1, dokumentów potwierdzających:
 - a) posiadanie obywatelstwa polskiego,
 - b) zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;
 - 3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
 - 4) stwierdzeniu braku okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego, o którym mowa w pkt 2.

3. Decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego - na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.
4. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może wszcząć postępowanie w celu wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, również z własnej inicjatywy lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
5. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, z własnej inicjatywy lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie tą decyzję właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu.
6. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 1, przysługuje przez okres 30 dni, chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.
7. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 7 ust. 2, niezwłocznie stwierdza wygaśnięcie decyzji, o której mowa w ust. 1, w przypadku gdy w okresie, o którym mowa w ust. 6:
 - 1) świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym lub
 - 2) w przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 8.
8. Świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 7 ust. 2, jest obowiązany niezwłocznie poinformować wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na swoje miejsce zamieszkania, o każdej zmianie w sytuacji dochodowej lub majątkowej, wpływającej na podstawę do wydania decyzji, o której mowa w ust. 1.

DZIAŁ III

Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 55.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 6 odpowiednio dla lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, zgodnie z zakresem, o którym mowa w ust. 1, w szczególności dostęp do:
 - 1) opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu chorego;
 - 2) badań diagnostycznych.
3. Na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej udzielane - w związku z zachowaniem - przez lekarzy, pielęgniarki i położne, poza godzinami pracy określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, oddział wojewódzki Funduszu zawiera odrębną

umowę, o ile jest to niezbędne dla zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości udzielanych świadczeń.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach organizacji opieki, o której mowa w ust. 3, w szczególności poprzez umieszczenie informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy.
5. Osoba udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej poza siedzibą świadczeniodawcy korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń oraz dobro pacjenta.

Art. 56.

1. Wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorca potwierdza pisemnym oświadczeniem woli, zwanym dalej „deklaracją wyboru”.
2. Deklaracja wyboru zawiera:
 - 1) dane dotyczące świadczeniobiorcy:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) nazwisko rodowe,
 - c) datę urodzenia,
 - d) płeć,
 - e) numer PESEL, o ile taki został nadany,
 - f) miejsce nauki - w przypadku uczniów i studentów,
 - g) adres zamieszkania,
 - h) numer telefonu;
 - 2) określenie, który raz w danym roku dokonywany jest wybór;
 - 3) numer karty ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku ubezpieczonych;
 - 4) kod oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 5) dane dotyczące lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej:
 - a) imię i nazwisko,
 - b) siedzibę świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
 - c) miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 6) datę dokonania wyboru;
 - 7) podpis świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;

- 8) podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru.
3. Wzór deklaracji wyboru określi Prezes Funduszu.
4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany:
 - 1) udostępnić świadczeniobiorcy deklarację wyboru i sprawdzić poprawność jej wypełnienia;
 - 2) przed przyjęciem deklaracji wyboru sprawdzić uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ustawie.
5. Wypełnione deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie, zapewniając ich dostępność świadczeniobiorcom, którzy je złożyli, z zachowaniem wymagań 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. 57.

1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane 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 i osób represjonowanych;
 - 11) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie lecznictwa odwykowego.

Art. 58.

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

Art. 59.

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

Art. 60.

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Art. 61.

Ambulatoryjne świadczenie specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 57 ust. 2.

Art. 62.

Apteka ma w szczególności obowiązek:

- 1) zapewnić świadczeniobiorcy dostępność leków objętych wykazami leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 36, oraz leków i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 37;
- 2) udostępniać do kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych lub na jego zlecenie przez organy nadzoru farmaceutycznego dokumentację, którą apteka jest obowiązana prowadzić na podstawie odrębnych przepisów;
- 3) przekazywać podmiotowi, o którym mowa w pkt 2, informacje zawarte w treści poszczególnych zrealizowanych recept na refundowane leki i wyroby medyczne.

Art. 63.

1. Apteka, po przedstawieniu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych zestawień, o których mowa w ust. 6 pkt 1, nie częściej niż co 14 dni, otrzymuje refundację ceny leku lub wyrobu medycznego wydawanego świadczeniobiorcy bezpłatnie lub za częściową odpłatnością.
2. Refundacja, o której mowa w ust. 1, nie może przekraczać ustalonego limitu ceny, z zastrzeżeniem art. 44 i 45 ust. 1, i dokonywana jest przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych na zasadach, o których mowa w ust. 3-5.
3. Po przeprowadzeniu analizy przedstawionych przez aptekę zbiorczych zestawień recept, nie później niż 15 dni od dnia otrzymania zestawienia, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych dokonuje refundacji, o której mowa w ust. 1.

4. W przypadku przekroczenia przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych terminu, o którym mowa w ust. 3, aptece przysługują odsetki ustawowe.
5. W przypadku nieprzekazania lub przekazania niezgodnie z ustawą danych, o których mowa w art. 62 pkt 3, oraz danych określonych zgodnie z art. 189, termin, o którym mowa w ust. 3, może zostać przedłużony do czasu przekazania przez aptekę kompletnych danych.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) sposób przedstawiania przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji;
 - 2) terminy przedstawiania zestawień;
 - 3) wzór zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji- uwzględniając przepisy ust. 1-5 oraz dane, o których mowa w art. 189.

Art. 64.

1. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę:
 - 1) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;
 - 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 3) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;
 - 4) przestrzeganie zasad wystawiania recept.
2. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych w upoważnieniu do prowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli. Przepisy art. 174 ust. 5-9 stosuje się odpowiednio.
3. Kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych przeprowadzają upoważnieni pracownicy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, posiadający wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.
4. Kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może zlecić, w razie potrzeby, osobie posiadającej wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.
5. Świadczeniodawca jest obowiązany do przedkładania podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych żądanej dokumentacji

- oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.
6. Z przebiegu przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, który jest podpisywany przez osobę przeprowadzającą kontrolę i świadczeniodawcę.
 7. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych sporządza wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy lub zalecenia pokontrolne w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.
 8. Świadczeniodawca może, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, zgłosić zastrzeżenia podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Zastrzeżenia rozpatruje się w terminie 14 dni. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń niezwłocznie informuje się o tym świadczeniodawcę.
 9. Świadczeniodawca jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń, do poinformowania podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.
 10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

DZIAŁ IV

Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu

Rozdział 1

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 65.

Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

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

Art. 66.

1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

- 1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są:
 - a) pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - b) rolnikami lub ich domownikami w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - c) osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi,
 - d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,
 - e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub osobami z nimi współpracującymi,
 - f) osobami duchownymi,
 - g) członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin,
 - h) osobami pobierającymi świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osobami pobierającymi zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osobami pobierającymi wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy,
 - i) osobami pobierającymi świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia;
- 2) żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydaci na żołnierzy zawodowych;
- 3) poborowi odbywający służbę zastępczą;
- 4) poborowi pełniący służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu;
- 5) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową;
- 6) policjanci;
- 7) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;
- 8) funkcjonariusze Agencji Wywiadu;
- 9) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu;
- 10) funkcjonariusze Straży Granicznej;
- 11) funkcjonariusze Służby Celnej;
- 12) funkcjonariusze Służby Więziennej;
- 13) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;

- 14) posłowie i senatorowie pobierający uposażenie poselskie albo senatorskie;
- 15) sędziowie i prokuratorzy;
- 16) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze;
- 17) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 18) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 19) dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego nieprzebywające w placówkach, o których mowa w pkt 18, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z zastrzeżeniem art. 81 pkt 3;
- 20) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1;
- 21) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2;
- 22) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej;
- 23) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15 roku życia niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 24) bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 25) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz.U. z 2003 r. Nr 58, poz. 514, z późn. zm.⁹⁾) niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 26) osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 27) uchodźcy objęci indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 28) osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania,

⁹⁾ 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.

- przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 29) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 30) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 31) kombatanci i osoby represjonowane niepodlegający ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty;
 - 32) osoby korzystające z urlopu wychowawczego niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 33) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 34) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniom społecznym rolników na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1-33 i 35;
 - 35) członkowie rad nadzorczych pobierający z tego tytułu świadczenia pieniężne.
2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 17-20, 24, 26 - 28, 30 i 33.
 3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do małżonków, wobec których orzeczono separację prawomocnym wyrokiem sądu.

Art. 67.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu zgodnie z przepisami art. 74-76 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.
2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, którzy uzyskują po zgłoszeniu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób, o których mowa w ust. 2 i 3, ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.
5. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę średnią lub wyższą, wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów.
6. Osoba, o której mowa w ust. 2, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadko-

wym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.

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

Art. 68.

1. Osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1 może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem art. 9 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71.
2. Korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.
3. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6.
4. Podstawę wymiaru składki opłacanej przez:
 - 1) osobę, o której mowa w ust. 1, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu;
 - 2) korzystającego, o którym mowa w ust. 2, stanowi kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu;
 - 3) osobę, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.
5. Osoba, o której mowa w ust. 1, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Funduszem, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek.
6. Wolontariusz, o którym mowa w ust. 2, zostaje objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez korzystającego z Funduszem, a przestaje być nim objęty z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłaceniu składek.
7. Objęcie osoby, o której mowa w ust. 1, ubezpieczeniem zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty na rachunek Funduszu.
8. Wysokość opłaty 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 opłacaniu 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 opłacaniu 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 opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 10 lat.
9. Opłata nie dotyczy osób wymienionych w art. 3 ust. 2.
10. Przy obliczaniu opłaty do okresu, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była ubezpieczona, dolicza się okres niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie dotychczasowych przepisów.
11. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby, o której mowa w ust. 1, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na 12 rat.
12. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, o której mowa w ust. 1, i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, oraz wolontariusza, o którym mowa w ust. 2, przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

Art. 69.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a i c-i, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniach społecznych.
2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, powstaje od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, a ustaje z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu.
3. Pracownik korzystający z urlopu bezpłatnego ma prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w art. 67 ust. 4.
4. Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego każda osoba może ubezpieczyć się na zasadach określonych w art. 68.

Art. 70.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 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. 66 ust. 1 pkt 5-13 i 15, powstaje z dniem nawiązania stosunku służbowego, a wygasa z dniem jego ustania.

Art. 71.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 14, powstaje z dniem przyznania im uposażenia, a wygasa z dniem utraty prawa do pobierania uposażenia.

Art. 72.

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. 73.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego:

- 1) uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 66 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. 66 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. 66 ust. 1 pkt 19, powstaje z dniem uznania przez ośrodek pomocy społecznej zasadności objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem uznania, że ustała 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 ustała konieczność i zasadność objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym dziecka spełniającego przesłanki określone w art. 66 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. 68;
- 4) osób, o których mowa w art. 66 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. 66 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. 66 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. 66 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 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. 66 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. 66 ust. 1 pkt 26, obejmuje okres od dnia przyznania zasiłku do dnia utraty prawa do zasiłku;
- 10) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28, obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia pielęgnacyjnego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania do dnia utraty prawa do ich pobierania;
- 11) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 29, powstaje od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności, a wygasa z dniem zakończenia realizacji tego programu lub zaprzestania realizacji tego programu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- 12) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, powstaje od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu integracji, a wygasa z dniem zakończenia lub wstrzymania realizacji tego programu;
- 13) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 30, powstaje po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego, a wygasa z dniem zakończenia realizacji programu lub zaprzestania realizacji programu w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu socjalnym;
- 14) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31, powstaje z dniem złożenia w Urzędzie do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych oświadczenia o niepodleganiu przepisom o systemie ubezpieczeń społecznych i braku innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem ustania tych warunków;
- 15) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32, powstaje z dniem rozpoczęcia urlopu, a wygasa z dniem zakończenia urlopu;
- 16) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 33, powstaje z dniem, w którym świadczenie alimentacyjne staje się wymagalne, a wygasa w dniu, w którym świadczenie to przestaje być wymagalne;

- 17) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, powstaje z dniem powołania na członka rady nadzorczej i przyznania świadczenia pieniężnego, a wygasa w dniu zaprzestania pełnienia tej funkcji.

Art. 74.

1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników oraz wymienionych w art. 75 i 76 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego lub do ubezpieczenia społecznego rolników, z zastrzeżeniem art. 77 i 86 ust. 6.
2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2-15, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych, z zastrzeżeniem art. 77.

Art. 75.

1. Osoby pobierające emeryturę lub rentę zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwa do wydania decyzji w sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, właściwy organ emerytalny lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę, albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.
2. Osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.
3. 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.
4. Osoby, o których mowa w art. 66 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.
5. Dzieci, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 19, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej na wniosek opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka albo z własnej inicjatywy.
6. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 21, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio wyższe seminarium duchowne albo teologiczne lub zakon albo jego odpowiednik.
7. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 22, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

8. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 23, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.
9. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego właściwy powiatowy urząd pracy.
10. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 26, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej.
11. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego wójt, burmistrz lub prezydent miasta.
12. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 29 i 30, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub indywidualny program zatrudnienia socjalnego.
13. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji.
14. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.
15. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32, 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. 66 ust. 1 pkt 34, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te obowiązane są zgłosić się niezwłocznie w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu ich zarejestrowania.
17. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający świadczenie pieniężne.

Art. 76.

Osoby niewymienione w art. 74 i 75 do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszają się same.

Art. 77.

1. Zgłoszenia, o których mowa w art. 74-76, kierowane są do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
2. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, zawierają:
 - 1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez osobę zgłaszającą do ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 2) wskazanie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w przypadku osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

- 3) nazwisko i imię;
 - 4) datę urodzenia;
 - 5) adres zamieszkania;
 - 6) numery PESEL i NIP, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.
3. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, podmiot obowiązany do zgłoszenia ubezpieczonego przesyła również do Funduszu dane wymienione w ust. 2 oraz następujące dane dotyczące członka rodziny:
- 1) nazwisko i imię;
 - 2) datę urodzenia;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) stopień pokrewieństwa;
 - 5) informację o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - 6) numery PESEL i NIP, a w przypadku gdy członkowi rodziny nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;
 - 7) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym - w przypadku osób, o których mowa w art. 5 pkt 3 lit c.

Art. 78.

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

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

- w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego określonych przepisami ustawy.

Rozdział 2

Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 79.

1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 80 ust. 1, art. 82 i 238.
2. Składka jest miesięczna i niepodzielna.

Art. 80.

1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego.
2. Rolnik prowadzący działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników opłaca składki na ubezpieczenie zdrowotne od deklarowanej podstawy wymiaru składki:
 - 1) odpowiadającej dochodowi ustalonemu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych w kwocie nie niższej jednak niż kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
 - 2) odpowiadającej wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych w przypadku prowadzenia działalności niepodlegającej opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.
3. Podstawą wymiaru składki dla rolnika, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 34, oraz dla domowników, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.
4. Składka rolnika na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje członków jego rodziny, jeżeli nie są oni domownikami w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Art. 81.

1. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a, d-i i pkt 3 i 11, stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 10.
2. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 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. 66 ust. 1 pkt 5-10, 12 i 13, stanowi kwota odpowiadająca uposażeniu tych osób.
4. Podstawę wymiaru składek osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2 i 4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.
5. Przy ustalaniu podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się wyłączeń wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz nie stosuje się ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

6. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza się o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe finansowanych przez ubezpieczonych niebędących płatnikami składek, potrąconych przez płatników ze środków ubezpieczonego, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych.
7. Podstawę wymiaru składek dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej będących w służbie kandydackiej stanowi kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia.
8. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla:
 - 1) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 14 i 15, jest kwota odpowiadająca wysokości uposażenia albo wynagrodzenia tych osób;
 - 2) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16, jest kwota emerytury, renty pomniejszona o kwotę spłaty nadpłaty świadczenia, 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. 66 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. 66 ust. 1 pkt 22 i 23, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium;
 - 5) osób, o których mowa w art. 66 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. 66 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. 66 ust. 1 pkt 26, jest kwota odpowiadająca wysokości przyznanego zasiłku stałego z pomocy społecznej;
 - 8) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, 29 i 30, jest maksymalna kwota zasiłku stałego z pomocy społecznej;
 - 9) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28 i 31, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
 - 10) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

- 11) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 33, jest kwota odpowiadająca kwocie faktycznie otrzymanych alimentów, nie wyższa jednak od wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
 - 12) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, jest przychód, w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, otrzymywany z tytułu pełnionej funkcji.
9. W przypadku przyznania ubezpieczonemu prawa do emerytury, renty lub zasiłków z ubezpieczenia społecznego albo świadczeń pieniężnych dla cywilnych ofiar wojny za okres, za który ubezpieczony pobierał świadczenie z innego właściwego organu emerytalnego lub rentowego, zasiłek, dodatek szkoleniowy, stypendium lub inne świadczenie pieniężne z tytułu pozostawania bez pracy albo zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne w wysokości uwzględniającej zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych i składkę na ubezpieczenie zdrowotne - Zakład Ubezpieczeń Społecznych przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne odejmuje te kwoty od przyznanego świadczenia.
10. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. f i pkt 21, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.
11. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, ich domowników oraz osób pobierających emeryturę lub rentę rolniczą, a także terminy i tryb ich opłacania, uwzględniając potrzebę zapewnienia terminowego opłacania składek.

Art. 82.

1. W przypadku gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 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. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a, d-i, ubezpieczony uzyskuje więcej niż jeden przychód, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego z uzyskanych przychodów odrębnie.
3. Jeżeli ubezpieczony prowadzący działalność pozarolniczą uzyskuje przychody z więcej niż jednego z rodzajów działalności określonych w ust. 5, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana odrębnie od każdego rodzaju działalności, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli ubezpieczony prowadzący działalność pozarolniczą uzyskuje przychody z więcej niż jednej spółki w ramach tego samego rodzaju działalności, o której mowa w ust. 5 pkt 1-5, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest odrębnie od każdej prowadzonej spółki.

5. Rodzajami działalności są:

- 1) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki cywilnej;
- 2) działalność gospodarcza prowadzona w formie jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością;
- 3) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki jawnej;
- 4) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki komandytowej;
- 5) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki partnerskiej;
- 6) wykonywanie działalności twórczej lub artystycznej jako twórca lub artysta;
- 7) wykonywanie wolnego zawodu w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne;
- 8) wykonywanie wolnego zawodu, z którego przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;
- 9) inna niż określona w pkt 1-8 pozarolnicza działalność gospodarcza prowadzona na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

6. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku ubezpieczony ma obowiązek poinformować płatnika składek o opłaceniu składek z innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

7. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, gdy w ramach każdego z tych tytułów składka finansowana jest z budżetu państwa, składka jest opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej. Jeżeli tytuły powstały równocześnie, składka jest opłacana z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

8. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę, której świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia, od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, w przypadku gdy osoba ta:

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

9. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę zaliczoną do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, w przypadku gdy osoba ta:

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

10. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana w wysokości nieprzekraczającej kwoty należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, w przypadku gdy osoba zaliczona do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności uzyskuje przychód jedynie z tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c.
11. W przypadku gdy osoba duchowna, która nie jest podatnikiem zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych, uzyskuje przychód jedynie z tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w:
 - 1) art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a, albo
 - 2) art. 66 ust. 1 pkt 16- składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest wyłącznie z tytułu, z którego osoba ta uzyskuje przychód.

Art. 83.

1. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 85 ust. 1-13, zgodnie z przepisami art. 79-81 jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.¹⁰⁾), składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.
2. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:
 - 1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek;
 - 2) przychód ubezpieczonego zwolniony od podatku na podstawie umów o unikaniu podwójnego opodatkowania lub innych umów międzynarodowych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 i 16;
 - 3) przychód członka służby zagranicznej wykonującego obowiązki służbowe w placówce zagranicznej, z wyłączeniem dodatku zagranicznego i innych świadczeń przysługujących tym osobom;
 - 4) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 74 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od

¹⁰⁾ 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, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 595, Nr 84, poz. 774, Nr 90, poz. 844, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 166, poz. 1608, Nr 202, poz. 1956, Nr 222, poz. 2201, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257, Nr 54, poz. 535, Nr 93, poz. 894, Nr 99, poz. 1001, Nr 116, poz. 1203, 1205 i 1207, Nr 120, poz. 1252 i Nr 123, poz. 1291.

- osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16
- składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 79-81.
3. W przypadku nieobliczania zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych przez płatnika, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od przychodów stanowiących podstawę wymiaru składki innych niż określone w ust. 2 składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.
 4. Płatnik składek przekazuje w formie elektronicznej do centrali Funduszu zestawienie składek na ubezpieczenie zdrowotne, pobranych z uwzględnieniem obniżenia określonego w ust. 1, zawierające informację o wysokości tych składek, jeżeli były ustalane zgodnie z przepisami niniejszego rozdziału.
 5. Zestawienie, o którym mowa w ust. 4, zawiera 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. 84.

1. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, z zastrzeżeniem art. 85 i 86.
2. W przypadku gdy wypłata przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne jest dokonywana przez komornika, składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca ubezpieczony bezpośrednio na rachunek bankowy wskazany przez właściwy oddział wojewódzki Funduszu.

Art. 85.

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.¹¹⁾) - podmiot obowiązany do wypłaty tych świadczeń.
2. Za osobę pobierającą świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot, który wypłaca to świadczenie.
 3. Za funkcjonariuszy, o których mowa w art. 81 ust. 7, składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza szkoła Państwowej Straży Pożarnej.
 4. Za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług oraz za osobę z nią współpracującą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza zamawiający.
 5. Za osobę pobierającą świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, osobę pobierającą wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie lub w okresie korzystania ze świadczenia górniczego składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający świadczenie, zasiłek lub wynagrodzenie.
 6. Za bezrobotnego pobierającego zasiłek lub stypendium składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza właściwy powiatowy urząd pracy.
 7. Za członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz członków ich rodzin składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza spółdzielnia.
 8. Za osobę pobierającą uposażenie posła albo senatora składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Kancelaria Sejmu albo Kancelaria Senatu.
 9. Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty emerytury lub renty, o której mowa w art. 81 ust. 8 pkt 2 i ust. 9, i odprowadza jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwa do wydawania decyzji w sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, inny właściwy organ emerytalny lub rentowy lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy.
 10. Za osobę pobierającą zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego i odprowadza jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.
 11. Za osobę pobierającą uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza wypłacający to uposażenie lub świadczenie.

¹¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2002 r. Nr 127, poz. 1088, Nr 155, poz. 1287 i Nr 199, poz. 1673 oraz z 2003 r. Nr 210, poz. 2037 i Nr 229, poz. 2271.

12. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 22, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
13. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 23, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający stypendium.
14. Za osobę współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność składkę oblicza, odprowadza i finansuje ze środków własnych osoba prowadząca pozarolniczą działalność.
15. Za osobę korzystającą z urlopu wychowawczego składkę na ubezpieczenie zdrowotne oblicza pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.
16. Za członka rady nadzorczej składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający świadczenie pieniężne.

Art. 86.

1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) rolników, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, oraz domowników, z wyjątkiem rolników prowadzących działy specjalne produkcji rolnej, opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 2) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2, opłaca się z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej;
- 3) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 4, opłaca się z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 4) dzieci, uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17 i 18, przebywających w placówce pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze lub w domu pomocy społecznej opłaca placówka lub dom, a uczniów i słuchaczy nieprzebywających w takiej placówce lub domu, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, opłaca szkoła lub zakład kształcenia nauczycieli, do którego uczeń lub słuchacz uczęszcza;
- 5) dzieci, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 19, opłaca ośrodek pomocy społecznej;
- 6) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia;
- 7) bezrobotnych niepobierających zasiłku lub stypendium oraz osób niepobierających 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, opłaca właściwy urząd pracy;
- 8) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 26, opłaca ośrodek pomocy społecznej;

- 9) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28, opłaca wójt, burmistrz lub prezydent miasta;
 - 10) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, opłaca powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji;
 - 11) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 29 i 30, opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub indywidualny program zatrudnienia socjalnego;
 - 12) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31, opłaca Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych;
 - 13) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32, opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
 - 14) osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1 i 4, jeżeli zostały uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają lub będą odbywać studia.
2. Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 34, a także osób, którym przyznano renty na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz członków ich rodzin, jak również osób, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji niewypałów i niewybuchów pozostałych po tych działaniach, otrzymujących dochody z tytułu emerytury lub renty zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych na podstawie odrębnych przepisów są finansowane z budżetu państwa.
 3. Środki z budżetu państwa na składki wymienione w ust. 1 pkt 4 i 7 otrzymują jednostki samorządu terytorialnego jako dotacje celowe na zadania z zakresu administracji rządowej.
 4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne duchownych oraz alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantów, nowicjuszy i juniorystów oraz ich odpowiedników, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku dochodowego 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. 66 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 ustaliły okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Art. 87.

1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 84-86, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić i rozliczyć składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianych dla składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli do tych osób i

- jednostek nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym - w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.
2. W przypadku rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur, rent, zasiłków przedemerytalnych i świadczeń przedemerytalnych jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych:
 - 1) nie przekazuje imiennych raportów miesięcznych;
 - 2) wykazuje składki w odrębnej deklaracji rozliczeniowej.
 3. Od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobiera się odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.
 4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:
 - 1) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a i c-i, pkt 2-33 i 35 oraz w art. 68 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2;
 - 2) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 16 pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 34 są opłacane i ewidencjonowane w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
 5. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do centrali Funduszu.
 6. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne i należności pochodne od składek niezwłocznie do centrali Funduszu, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich wpływu na rachunek, o którym mowa w art. 47 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.
 7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane o ubezpieczonych, o których mowa w art. 189 ust. 4 pkt 1 i 8-10, i opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1, i w imiennym raporcie miesięcznym oraz odsetkach za zwłokę, nie później niż w ciągu 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających ustalenie ich wysokości i rozdzielenie ich na ubezpieczonych.
 8. Fundusz jest uprawniony do nieodpłatnego dostępu do informacji o ubezpieczonym i opłacanej przez niego składce, przekazywanych do centrali Funduszu, w zakresie niezbędnym do realizacji ubezpieczenia zdrowotnego, znajdujących się w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
 9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane, o których mowa w art. 189 ust. 4 pkt 1, 3-4 i 8-11, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1, po przeprowadzeniu ich weryfikacji, polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL.

10. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu sprawozdanie zawierające informacje, w podziale na poszczególnych ubezpieczonych, o należnej składce z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, podane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1, i w imiennych raportach miesięcznych, za dany kwartał, nie później niż do ostatniego dnia drugiego miesiąca następującego po tym kwartale.
11. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.
12. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, terminy, zakres i tryb weryfikacji danych ubezpieczonych, o której mowa w ust. 9, oraz sposób postępowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w razie stwierdzenia ich niezgodności i tryb dokonywania niezbędnych korekt w przypadku stwierdzenia niezgodności przekazywanych danych, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.

Art. 88.

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. 89.

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

Art. 90.

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 zabezpieczenia społecznego, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, 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. 91.

1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego comiesięcznie przekazują ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje dotyczące wysokości wpłat z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne i środków przekazanych z tego tytułu do Funduszu.
2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres danych zawartych w informacjach, o których mowa w ust. 1, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi.

Art. 92.

Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 5-13, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostką, uwzględniając sposób zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz względy obronności państwa.

Art. 93.

1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz należności z tytułu odsetek za zwłokę nieopłacone w terminie podlegają ściągnięciu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.
2. Należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ulegają przedawnieniu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

Art. 94.

1. Zwrot nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne następuje na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.
2. Zwrotu nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne nie można dochodzić, jeżeli od dnia ich opłacenia upłynęło 5 lat.
3. Od nienależnie pobranej emerytury, renty albo świadczenia pieniężnego dla cywilnych ofiar wojny składka na ubezpieczenie zdrowotne nie podlega zwrotowi.

Art. 95.

1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu:
 - 1) od podatku dochodowego od osób fizycznych - na zasadach określonych w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych;
 - 2) od ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, karty podatkowej oraz zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych - na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. Nr 144, poz. 930, z późn. zm.¹²⁾).
2. Odliczenia, o których mowa w ust. 1, nie mogą powodować zmniejszenia dochodów jednostek samorządu terytorialnego.

DZIAŁ V

Narodowy Fundusz Zdrowia

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 96.

1. Tworzy się Narodowy Fundusz Zdrowia będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.
2. W skład Funduszu wchodzi:
 - 1) centrala Funduszu;
 - 2) oddziały wojewódzkie Funduszu.
3. Siedzibą Funduszu jest miasto stołeczne Warszawa.
4. W centrali Funduszu oraz w oddziałach wojewódzkich Funduszu tworzy się komórki organizacyjne do spraw służb mundurowych.
5. Kierowników komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 4:
 - 1) w centrali Funduszu - powołuje Prezes Funduszu na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości;
 - 2) w oddziałach wojewódzkich Funduszu - powołuje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości.
6. Oddziały wojewódzkie Funduszu tworzone są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. W oddziałach wojewódzkich mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach określonych w statucie Funduszu.

¹²⁾ 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.

7. Fundusz działa na podstawie ustawy i statutu.
8. Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje Funduszowi statut, określając w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu, w tym centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz siedziby tych oddziałów, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Fundusz.

Art. 97.

1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.
2. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
3. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:
 - 1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
 - 3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innymi niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;
 - 4) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych;
 - 5) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;
 - 6) monitorowanie ordynacji lekarskich;
 - 7) udzielanie kredytów i pożyczek z innych środków niż pochodzące ze składek na ubezpieczenia zdrowotne, na zasadach określonych w przepisach odrębnych;
 - 8) promocja zdrowia;
 - 9) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
 - 10) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.
4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:
 - 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 2) gromadzenia danych o ubezpieczonych w Funduszu;
 - 3) gromadzenia danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 4) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;

- 5) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.
5. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej.
6. Fundusz nie może być właścicielem zakładów opieki zdrowotnej, ani nie może posiadać w jakiejkolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej, z wyjątkiem przypadków, gdy nabył do nich prawa w drodze egzekucji pożyczki lub kredytu, o których mowa w ust.3 pkt 7.
7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4 i 6 w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 96 ust. 4.
8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 3.

Art. 98.

1. Organami Funduszu są:
 - 1) Rada Funduszu;
 - 2) Prezes Funduszu;
 - 3) rady oddziałów wojewódzkich Funduszu;
 - 4) dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.
2. W sprawach niezastrzeżonych do zakresu zadań Rady Funduszu, rady oddziału wojewódzkiego Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu organem właściwym jest Prezes Funduszu.
3. Techniczno-organizacyjną obsługę:
 - 1) Rady Funduszu i Prezesa Funduszu - zapewnia centrala Funduszu;
 - 2) rady oddziału wojewódzkiego Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu - zapewnia oddział wojewódzki Funduszu.

Art. 99.

1. Prezes Rady Ministrów powołuje dziewięciu członków Rady Funduszu:
 - 1) 2 członków spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich;
 - 2) 3 członków spośród kandydatów wskazanych przez Federację Konsumentów;
 - 3) 2 członków spośród kandydatów wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
 - 4) 1 członka spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;

- 5) 1 członka spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
2. Kadencja członków Rady Funduszu trwa pięć lat.
3. Rada Funduszu działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.
4. Rada Funduszu wybiera ze swego grona przewodniczącego, który zwołuje posiedzenia i im przewodniczy.
5. W skład Rady Funduszu wchodzi osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:
 - 1) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione umyślnie;
 - 2) posiadają wykształcenie wyższe;
 - 3) posiadają wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady Funduszu;
 - 4) posiadają uprawnienia konieczne do zasiadania w radach nadzorczych jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, zgodnie z odrębnymi przepisami.
6. Członkowie Rady Funduszu nie mogą być jednocześnie:
 - 1) pracownikami Funduszu;
 - 2) świadczeniodawcami;
 - 3) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami, o których mowa w art.5 pkt 41 lit.a , ich pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
 - 4) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
 - 5) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.¹³⁾);
 - 6) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne.
7. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze zarządzenia, wynagrodzenie członków Rady Funduszu, uwzględniając zakres zadań Rady.

Art. 100.

1. Do zadań Rady Funduszu należy:
 - 1) kontrola bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;
 - 2) uchwalanie:
 - a) planu pracy Funduszu na dany rok,
 - b) programu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych,

¹³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2004 r. Nr 91, poz. 870, Nr 96, poz. 959.

- c) rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
 - 3) opiniowanie:
 - a) projektu planu finansowego na dany rok,
 - b) systemu wynagradzania pracowników Funduszu
 - 4) zatwierdzanie-:
 - a) kwartalnych i rocznych sprawozdań z wykonania planu finansowego Funduszu,
 - b) kwartalnych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu;
 - 5) podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu;
 - 6) kontrola prawidłowej realizacji programu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych i planu finansowego Funduszu;
 - 7) wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji;
 - 8) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu w trybie określonym w art. 102 ust. 2;
 - 9) odwoływanie Prezesa Funduszu w przypadku, o którym mowa w art. 102 ust. 3;
 - 10) powoływanie i odwoływanie zastępców Prezesa Funduszu w trybie określonym w art. 103 ust. 2 i 3.
2. W celu wykonania swoich obowiązków Rada może żądać od Prezesa Funduszu sprawozdań i wyjaśnień.
 3. Rada Funduszu nie ma prawa wydawania Prezesowi Funduszu wiążących poleceń dotyczących bieżącej działalności Funduszu.
 4. Uchwały w sprawach określonych w ust. 1 pkt 8-10 są podejmowane przez Radę Funduszu większością 2/3 głosów, w obecności co najmniej połowy ustawowej liczby jej członków, a w innych sprawach - większością głosów w obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Rady.
 5. Prezes Rady Ministrów odwołuje członka Rady Funduszu przed upływem kadencji, z zastrzeżeniem art. 167 ust. 1 pkt 1, w przypadku:
 - 1) rezygnacji ze stanowiska;
 - 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
 - 3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach Rady Funduszu;
 - 4) naruszenia przepisów art. 99 ust. 5 i 6;
 - 5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.

6. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu Prezes Rady Ministrów może odwołać także na podstawie wniosku podmiotu, który wnioskował o jego powołanie.
7. 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. 99 ust. 1 stosuje się odpowiednio.
8. Przepisu ust. 7 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji członka Rady Funduszu pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia odwołania albo jego śmierci.
9. Przewodniczący Rady Funduszu zaprasza do udziału, w posiedzeniach Rady, w charakterze obserwatorów, przedstawicieli: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
10. W wyniku kontroli przeprowadzonej w ramach uprawnień nadzorczych Rada Funduszu może zawiesić, z ważnych powodów, w czynnościach Prezesa Funduszu lub jego zastępców do czasu podjęcia działań, o których mowa w art. 167 ust. 1 pkt 2, oraz delegować swoich członków do czasowego wykonywania czynności Prezesa Funduszu lub jego zastępców.

Art. 101.

1. Prezes Funduszu lub co najmniej 3 członków Rady Funduszu może żądać zwołania posiedzenia Rady Funduszu, podając proponowany porządek obrad. Przewodniczący Rady Funduszu zwołuje posiedzenie nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.
2. Jeżeli przewodniczący Rady Funduszu nie zwoła posiedzenia zgodnie z ust. 1, wnioskodawca może wystąpić z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o zwołanie posiedzenia podając, przyczyny, datę, miejsce i proponowany porządek obrad.

Art. 102.

1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.
2. Prezesa Funduszu powołuje i odwołuje Rada Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia.
3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych Rada Funduszu może odwołać Prezesa Funduszu bez wniosku, o którym mowa w ust. 2. W takim przypadku Rada Funduszu niezwłocznie informuje ministra właściwego do spraw zdrowia o podjętej w tej sprawie uchwale, przedstawiając jej uzasadnienie.
4. Rada Funduszu ustala wynagrodzenie Prezesa Funduszu.
5. Do zakresu działania Prezesa Funduszu w szczególności należy:
 - 1) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;

- 2) efektywne i bezpieczne zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu, w tym gospodarowanie rezerwą ogólną, o której mowa w art. 118 ust. 4;
- 3) zaciąganie, w imieniu Funduszu, zobowiązań, w tym pożyczek i kredytów, z zastrzeżeniem art. 100 ust. 1 pkt 5;
- 4) sporządzanie programu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych stanowiącego podstawę opracowania i realizacji planu finansowego Funduszu;
- 5) przygotowywanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz wpływów i wydatków;
- 6) opracowywanie projektu planu finansowego Funduszu na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 2 oraz programu, zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych, o którym mowa w art. 120 ust. 6.
- 7) sporządzanie rocznego planu finansowego Funduszu po otrzymaniu opinii Rady Funduszu, komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) sporządzanie projektu planu pracy Funduszu;
- 9) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;
- 10) sporządzanie projektu rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na następny rok;
- 11) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu za dany rok oraz niezwłocznie przedkładanie go ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;
- 12) sporządzanie kwartalnych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu;
- 13) nadzorowanie rozliczeń dokonywanych w ramach wykonywania przepisów o koordynacji oraz nadzorowanie rozliczeń pomiędzy oddziałami wojewódzkimi Funduszu z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na rzecz świadczeniobiorców spoza obszaru działania danego oddziału;
- 14) sporządzanie analiz i ocen na podstawie informacji, o których mowa w art. 106 ust. 9 pkt 5, przekazanych przez oddziały wojewódzkie funduszu;
- 15) przedstawianie Radzie Funduszu projektu systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
- 16) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w centrali Funduszu;
- 17) powoływanie i odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 18) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
- 19) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;
- 20) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu podlegających badaniu w trybie art. 164, w terminie 3 dni roboczych od dnia ich uchwalenia;
- 21) nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu;

- 22) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi, organizacjami pracodawców, organizacjami świadczeniodawców oraz ubezpieczonych;
 - 23) przekazywanie oddziałom wojewódzkim Funduszu do realizacji programów zdrowotnych zleconych przez właściwego ministra;
 - 24) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;
 - 25) ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.
6. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, Prezesa Funduszu zastępuje, na podstawie jego pisemnego upoważnienia, jeden z zastępców Prezesa Funduszu. W przypadku śmierci osoby pełniącej funkcję Prezesa Funduszu lub niemożności udzielenia przez niego takiego upoważnienia - upoważnienia udziela Rada Funduszu.
 7. Prezes Funduszu może udzielić zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu Funduszu oraz pracownikom centrali Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych i upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych w wykonaniu zadań, o których mowa w ust. 5.
 8. Pełnomocnictwa i upoważnienia, o których mowa w ust. 7, są udzielane na piśmie pod rygorem nieważności.

Art. 103.

1. Prezes Funduszu wykonuje swoje zadania przy pomocy trzech zastępców Prezesa.
2. Rada Funduszu, na wniosek Prezesa Funduszu, powołuje i odwołuje Zastępców Prezesa oraz ustala ich wynagrodzenie.
3. Zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych powołuje i odwołuje Rada Funduszu, na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości.
4. Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa określa statut Funduszu.
5. Prezes Funduszu, jego zastępcy i główny księgowy Funduszu nie mogą być jednocześnie:
 - 1) członkami Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 2) pracownikami oddziałów wojewódzkich Funduszu;
 - 3) świadczeniodawcami;
 - 4) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami, o których mowa w art. 5 pkt 41 lit. a, ich pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
 - 5) właścicielami lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;

- 6) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
 - 7) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego;
 - 8) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.
6. Prezes Funduszu nie może wykonywać działalności gospodarczej;
7. Do zakresu obowiązków zastępcy Prezesa do spraw służb mundurowych należy w szczególności:
- 1) nadzorowanie i koordynowanie działań komórek organizacyjnych do spraw służb mundurowych;
 - 2) koordynacja współpracy z Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.

Art. 104.

1. Roczny plan finansowy Funduszu, sprawozdanie finansowe Funduszu, sprawozdanie z działalności Funduszu, Prezes Funduszu publikuje, w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski B”.
2. Plany i sprawozdania, o których mowa w ust. 1, oraz roczny plan pracy Funduszu publikuje się na stronie internetowej ministerstwa obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz na stronie internetowej Funduszu.

Art. 105.

Prezes Funduszu w celach informacyjnych i promocyjnych wydaje Biuletyn Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 106.

1. W oddziałach wojewódzkich Funduszu działają rady oddziałów wojewódzkich Funduszu o charakterze opiniodawczo - nadzorczym.
2. W skład rady oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi jedenastu członków będących ubezpieczonymi zamieszkujących na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływani przez sejmik województwa w tym:
 - 1) sześciu członków powoływanych z własnej inicjatywy sejmiku;
 - 2) jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez właściwego wojewodę;
 - 3) trzech członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo jednostkę organizacyjną Federacji Konsumentów;
 - 4) jeden członek spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego, właściwego komendanta wojewódzkiego Policji i właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej.

3. Kadencja rady oddziału wojewódzkiego Funduszu trwa cztery lata, licząc od dnia pierwszego posiedzenia rady oddziału. Pierwsze posiedzenie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zwołuje marszałek województwa.
4. Przewodniczący rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zaprasza do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, w charakterze obserwatorów, przedstawicieli: okręgowej rady lekarskiej, okręgowej rady pielęgniarek i położnych, okręgowej rady aptekarskiej i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
5. W skład rad oddziałów wojewódzkich Funduszu mogą wchodzić wyłącznie osoby, które:
 - 1) korzystają z pełni praw publicznych;
 - 2) posiadają wykształcenie wyższe;
 - 3) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione umyślnie.
6. Członkowie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie mogą być jednocześnie:
 - 1) dyrektorami oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz pracownikami oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 2) Prezesem Funduszu;
 - 3) zastępcą Prezesa Funduszu;
 - 4) pracownikami centrali Funduszu;
 - 5) świadczeniodawcami;
 - 6) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami, o których mowa w art. 5 pkt 41 lit. a, ich pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
 - 7) właścicielami lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 8) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
 - 9) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.
7. Członkowie rad oddziałów wojewódzkich Funduszu wybierają spośród swojego grona przewodniczącego.
8. Rada wojewódzkiego oddziału Funduszu działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.
9. Do zadań rad oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:
 - 1) opiniowanie programu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych i projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 2) uchwalanie planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 3) opiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok;

- 4) monitorowanie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji tych umów;
 - 5) monitorowanie, na podstawie przekazanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego informacji, o których mowa w art. 23 ust. 2 i 4, sposobu wykonywania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20-22;
 - 6) występowanie do dyrektora oddziału wojewódzkiego z wnioskiem o wszczęcie kontroli w trybie art. 64;
 - 7) występowanie do dyrektora oddziału wojewódzkiego o przeprowadzenie kontroli realizacji zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 8) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
 - 9) występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 10) wydawanie opinii o kandydacie na stanowisko dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.
10. Uchwały rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zapadają większością głosów przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego rady.
11. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu nie ma prawa wydawania dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu wiążących poleceń dotyczących bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu.
12. Sejmik województwa odwołuje członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu przed upływem 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) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 4) naruszenia przepisów ust. 6;
 - 5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.
13. W przypadku odwołania członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu albo jego śmierci przed upływem jego kadencji, sejmik województwa powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy ust. 2 stosuje się odpowiednio.
14. Przepisu ust. 13 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia jego odwołania albo śmierci.
15. Członkom rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie przysługuje wynagrodzenie. Członkom rady oddziału przysługuje zwrot kosztów podróży, zakwaterowania i diety na zasadach określonych w przepisach w sprawie wysokości

oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

Art. 107.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu kieruje oddziałem wojewódzkim Funduszu.
2. Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje Prezes Funduszu, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Niewydanie opinii przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni jest równoznaczne z akceptacją kandydata na dyrektora oddziału wojewódzkiego.
3. Do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:
 - 1) efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału wojewódzkiego Funduszu,
 - 2) sporządzenie programu zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych stanowiącego podstawę opracowania i realizacji planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 3) przygotowanie i przedstawianie radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu corocznych prognoz wpływów i wydatków;
 - 4) przygotowywanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 5) sporządzanie projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 6) realizacja planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu i planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 7) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok;
 - 8) sporządzanie kwartalnych i rocznych sprawozdań z działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 9) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych;
 - 10) dokonywanie wyboru realizatorów programów zdrowotnych, w tym w imieniu danego ministra;
 - 11) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, oraz zawieranie i rozliczanie umów o realizację programów zdrowotnych;
 - 12) realizacja zadania, o którym mowa w art. 108;
 - 13) kontrola i monitorowanie:
 - a) ordynacji lekarskich,
 - b) realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 14) przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców i aptek;

- 15) monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 16) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w oddziale wojewódzki Funduszu;
 - 17) wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 18) udzielanie, na żądanie Prezesa Funduszu lub rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego;
 - 19) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie.
4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może być jednocześnie:
- 1) Prezesem Funduszu albo jego zastępcą;
 - 2) głównym księgowym Funduszu;
 - 3) członkiem Rady Funduszu;
 - 4) członkiem rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 5) pracownikiem centrali Funduszu;
 - 6) świadczeniodawcą;
 - 7) właścicielem zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcą, o którym mowa w art.5 pkt 41 lit. a, ich pracownikiem lub osobą współpracującą ze świadczeniodawcami;
 - 8) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 9) członkiem organów lub pracownikiem jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
 - 10) członkiem organów lub pracownikiem jednostek samorządu terytorialnego;
 - 11) członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.
5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego, wykonując zadania, o których mowa w ust. 3, współpracuje z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu.

Art. 108.

1. Oddział wojewódzki Funduszu finansuje:

- 1) świadczeniodawcy, mającemu siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie danego województwa świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony, spełniającemu kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy spo-

- łecznej, co do którego nie stwierdzono istnienia okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, z zastrzeżeniem ust. 2;
- 2) aptecę mającej siedzibę na terenie województwa, kosztów leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych wydawanych osobie określonej w pkt 1
- o ile finansowanie tych kosztów nie wynika z przepisów określonych w art. 12 i 13 lub umów międzynarodowych.
2. Koszty leczenia uzdrowiskowego świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, ponosi oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce jego zamieszkania, a jeżeli nie można ustalić miejsca zamieszkania - oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce wystawienia skierowania, o którym mowa w art. 33 ust. 1.”.

Art. 109.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń.
2. Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych.
3. Wniosek o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w ust. 1, zgłasza ubezpieczony.
4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje sprawy, o których mowa w ust. 1, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia ich wniesienia, wydając decyzję. Uzasadnienie decyzji sporządza się z urzędu.
5. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w ust. 1, wnosi się do Prezesa Funduszu w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania.

Art. 110.

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

Art. 111.

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

Art. 112.

1. Pracownicy Funduszu nie mogą być jednocześnie:

- 1) świadczeniodawcami;
 - 2) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami, o których mowa w art. 5 pkt 41 lit. a, ich pracownikami, pracownikami podmiotów współpracujących ze świadczeniodawcami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
 - 3) członkami organów lub pracownikami jednostek będących podmiotami tworzącymi zakłady opieki zdrowotnej;
 - 4) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego;
 - 5) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.
2. Pracownicy Funduszu nie mogą:
- 1) podejmować zatrudnienia u innego pracodawcy, bez zgody Prezesa Funduszu;
 - 2) wykonywać działalności gospodarczej.

Rozdział 2

Gospodarka finansowa Funduszu

Art. 113.

Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

Art. 114.

1. Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi.
2. Obsługę bankową Funduszu prowadzi jeden bank, posiadający siedzibę w każdym mieście będącym siedzibą Centrali Funduszu i oddziałów wojewódzkich Funduszu, znaczący udział w rynku, w tym w rynku klienta indywidualnego, stabilną sytuację finansową, osiągający wysoki zysk netto oraz zapewniający:
 - 1) bezpieczeństwo zgromadzonych środków i rentowność;
 - 2) jednolity system prowadzenia rachunków;
 - 3) szybkie pozyskiwanie środków;
 - 4) zachowanie płynności środków.

Art. 115.

1. Tworzy się fundusz podstawowy i fundusz zapasowy Funduszu.
2. Fundusz zapasowy zwiększa się o zatwierdzony zysk netto za rok obrotowy.
3. Fundusz zapasowy zmniejsza się o zatwierdzoną stratę netto za rok obrotowy.

Art. 116.

Środki finansowe Funduszu pochodzą z następujących źródeł:

- 1) należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 2) odsetek od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 3) darowizn i zapisów;
- 4) zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- 5) kredytów i pożyczek;
- 6) dotacji, w tym z dotacji celowej przeznaczonej na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3;
- 7) z tytułu roszczeń regresowych;
- 8) dochodów z lokat, obligacji i bonów skarbowych;
- 9) innych źródeł.

Art. 117.

Środki finansowe, o których mowa w art. 116, Prezes Funduszu przeznacza na:

- 1) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;
- 2) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) finansowanie wydatków na refundację leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
- 4) finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3;
- 5) finansowanie zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- 6) finansowanie działalności Funduszu, w szczególności finansowanie wydatków inwestycyjnych, wydatków związanych z utrzymaniem nieruchomości, wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i kosztów podróży;
- 7) finansowanie poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 8) spłatę kredytów i pożyczek wraz z odsetkami;
- 9) wypłatę odszkodowań;
- 10) inne wydatki wynikające z odrębnych przepisów;
- 11) zakup obligacji i bonów skarbowych, z zastrzeżeniem, że ich zakup nie może być finansowany ze środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 12) udzielanie kredytów i pożyczek, z zastrzeżeniem art. 97 ust. 3 pkt 7.

Art. 118.

1. Prezes Funduszu sporządza coroczny plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie wpływów i wydatków na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.
2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość planowanych wydatków dla centrali i poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz wysokość łącznych wpływów i wydatków Funduszu.
3. Planowane wydatki Funduszu są dzielone pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, przy czym:
 - 1) podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu z uwzględnieniem ryzyk zdrowotnych przypisanych ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia,
 - 2) wysokość środków określonych w pkt. 1 koryguje się przez uwzględnienie migracji ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu do świadczeniodawców z innego oddziału Funduszu oraz wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju wykonanych świadczeń specjalistycznych w latach poprzedzających rok którego plan dotyczy, w podziale na województwa, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem.
4. Na rezerwę ogólną przeznaczają się 1% planowanych wydatków Funduszu.

Art. 119.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, uwzględniając przepisy art. 118.

Art. 120.

1. Prezes Funduszu, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, w terminie do 30 czerwca sporządza coroczną prognozę wpływów na kolejne 3 lata.
2. Prezes Funduszu, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia, w terminie do 30 czerwca sporządza coroczną prognozę wydatków na kolejne 3 lata na podstawie informacji przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.
3. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazują informacje, o których mowa w ust. 2, w terminie do 15 maja.
4. Prezes Funduszu w terminie do 15 lipca informuje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu o przewidywanych wpływach Funduszu.

5. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich przekazują Prezesowi Funduszu w terminie do 31 lipca projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.
6. Prognozy, o których mowa w ust. 1 i 2, program zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych oraz projekty planów, o których mowa w ust. 5, są podstawą do sporządzenia projektu planu finansowego na rok następny.
7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje udzielają nieodpłatnie Funduszowi informacji koniecznych do sporządzenia prognoz, o których mowa w ust. 1 i 2.

Art. 121.

1. Prezes Funduszu opracowuje projekt planu finansowego i przedstawia go w terminie do 10 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan:
 - 1) Radzie Funduszu;
 - 2) komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej- w celu zaopiniowania.
2. Niewydanie opinii, o których mowa w ust. 1, w terminie 21 od dnia otrzymania projektu planu finansowego jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.
3. Prezes Funduszu uwzględniając opinie, o których mowa w ust. 1, jeżeli zostały wydane, sporządza plan finansowy funduszu i przekazuje go wraz z tymi opiniami, w terminie do 5 września, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych zatwierdza plan finansowy Funduszu, w terminie do 20 września roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
5. W przypadku gdy Prezes Funduszu nie przekaze w terminie, o którym mowa w ust. 3, planu finansowego Funduszu, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych ustala, w drodze zarządzenia plan finansowy Funduszu do 20 września roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania, o których mowa w art. 167 ust. 1 pkt 2.

Art. 122.

W przypadku:

- 1) niezatwierdzenia planu finansowego Funduszu, w terminie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, albo
 - 2) nieustalenia planu finansowego w trybie określonym w art. 123 ust. 3
- Fundusz działa na podstawie planu finansowego, o którym mowa w art. 121 ust. 3.

Art. 123.

1. W przypadku gdy plan finansowy narusza prawo lub prowadzi do niezrównoważenia wpływów i wydatków Funduszu, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych odmawia zatwierdzenia planu finansowego Funduszu i zaleca Prezesowi Funduszu, usunięcie nieprawidłowości, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.
2. Prezes Funduszu zmienia plan finansowy z uwzględnieniem zaleceń, o których mowa w ust. 1, i niezwłocznie przedstawia go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4.
3. W przypadku nieusunięcia przez Prezesa Funduszu nieprawidłowości, o których mowa w ust. 1:
 - 1) minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych dokonuje zmian w planie finansowym Funduszu oraz ustala go w drodze zarządzenia oraz
 - 2) minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania, o których mowa w art. 167 ust. 1 pkt 2.

Art. 124.

1. Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu finansowego w przypadku zaistnienia sytuacji związanych z wykonaniem planu finansowego, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzania planu.
2. Każdej zmiany planu finansowego dokonuje się zgodnie z zasadami, o których mowa w art. 118 .
3. Zmiana planu finansowego następuje w trybie określonym dla zatwierdzania planu.
4. Prezes Funduszu, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, może dokonać przesunięcia wydatków pomiędzy poszczególnymi pozycjami planu finansowego.
5. Przesunięcia wydatków, o których mowa w ust. 4, można dokonać w planie finansowym oddziału wojewódzkiego albo centrali Funduszu.
6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Funduszu, w planie finansowym Funduszu może przesuwac wydatki przeznaczone na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego.
7. Przesunięcie wydatków, o których mowa w ust. 4, nie wymaga zmiany planu finansowego w trybie określonym dla zatwierdzania planu finansowego.
8. Prezes Funduszu może uruchomić rezerwę ogólną po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia. Uruchomienie rezerwy ogólnej nie wymaga zmiany planu finansowego w trybie określonym dla zatwierdzenia planu finansowego.

9. W przypadkach, o których mowa w art. 121 ust. 5 i art. 123 ust. 3, zmiany planu finansowego dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych. Przepisy ust. 1 - 6 stosuje się odpowiednio.

Art. 125.

Nadwyżkę powstałą w wyniku realizacji planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu pozostawia się do dyspozycji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z przeznaczeniem na świadczenia zdrowotne.

Art. 126.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza nie później niż w ciągu 2 miesięcy od zakończeniu roku roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez Radę oddziału w terminie 15 dni od dnia jego otrzymania.

Art. 127.

1. Prezes Funduszu, w celu zapewnienia płynności finansowej Funduszu, może zaciągać pożyczki i kredyty. Wysokość rat kredytów i pożyczek przypadających do spłaty w danym roku nie może przekroczyć wysokości rezerwy ogólnej przewidzianej w planie finansowym na dany rok.
2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do środków pochodzących z budżetu państwa.

Art. 128.

1. Fundusz prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694, z późn. zm.¹⁴⁾), z wyłączeniem art. 80 ust. 3 tej ustawy.
2. Centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu sporządzają samodzielne sprawozdania finansowe, podlegające badaniu przez biegłych rewidentów.
3. Łączne sprawozdanie finansowe Funduszu, o którym mowa w art. 51 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, sporządza Prezes Funduszu.
4. Łączne sprawozdanie finansowe, o którym mowa w ust. 3, podlega badaniu przez biegłego rewidenta oraz zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

¹⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego niniejszej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2003 r. Nr 60, poz. 535, Nr 124, poz. 1152, Nr 139, poz. 1324 i Nr 229, poz. 2276.

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

Art. 129.

1. Z zastrzeżeniem art. 125, zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznaczona się w szczególności na:
 - 1) pokrycie strat z lat ubiegłych lub
 - 2) fundusz zapasowy Funduszu.
2. O przeznaczeniu zysku decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych. Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych odnośnie sposobu podziału zysku.

Art. 130.

1. Prezes Funduszu, na podstawie sprawozdań, o których mowa w art. 126, sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu, nie później niż w ciągu 3 miesięcy od zakończenia roku, którego dotyczy sprawozdanie.
2. Rada Funduszu przyjmuje sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, w terminie 15 dni od dnia jego otrzymania.
3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia i po uzyskaniu opinii komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 131.

1. Fundusz jest obowiązany do sporządzania okresowych sprawozdań dotyczących wykonania planu finansowego oraz przekazywania ich ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu, w tym:
 - 1) rodzaje sprawozdań, o których mowa w ust. 1, sposób ich tworzenia oraz terminy przekazywania;
 - 2) sposób tworzenia planu finansowego i rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego oraz ich wzory,- uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi.

DZIAŁ VI

Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami

Art. 132.

1. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu.
2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w niniejszym dziale.
3. Nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Funduszem.
4. Świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie.
5. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Art. 133.

Świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi. Przepis art. 132 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 134.

1. Fundusz jest obowiązany traktować jednakowo wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.
2. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Art. 135.

1. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne.
2. Fundusz realizuje zasadę jawności umów poprzez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń oraz maksymalnej kwoty zobowią-

zań Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów.

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

Art. 136.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) inne wymagania dla podwykonawców niż techniczne i sanitarne określone w odrębnych przepisach;
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
- 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych i zażaleń;
- 7) postanowienie o odstąpieniu od umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
- 8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w pkt 7.

Art. 137.

1. Prezes Funduszu, uwzględniając przepisy niniejszego działu oraz przepisy odrębne, przygotowuje projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny tych świadczeń oraz warunki ich udzielania.
2. Prezes Funduszu, nie później niż do dnia 1 sierpnia, przesyła projekt, o którym mowa w ust. 1, do Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
3. Projekt, o którym mowa w ust. 1, podlega uzgodnieniu z podmiotami, o których mowa w ust. 2, w trybie negocjacji nie później niż do dnia 31 sierpnia. Projekt uważa się za uzgodniony, jeżeli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożą pod nim własnoręczne podpisy.
4. Uzgodniony w trybie ust. 3 projekt, o którym mowa w ust. 1, Prezes Funduszu niezwłocznie przesyła ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje przeglądu projektu, o którym mowa w ust. 1, pod względem zgodności z przepisami prawa oraz dokonuje niezbędnych zmian w tym projekcie, niezwłocznie informując o tym Prezesa Funduszu oraz podmioty, o których mowa w ust. 2.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając projekt uzgodniony z podmiotami, o których mowa w ust. 2, kierując się kryterium legalności oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.

7. W przypadku niezgodnienia projektu, o którym mowa w ust. 1, w terminie, o którym mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się kryterium legalności oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, regulamin negocjacji, o których mowa w ust. 3, uwzględniając konieczność równego traktowania stron tych negocjacji.
9. Tryb ustalania projektu ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1-5, przeprowadza się nie częściej niż raz na 2 lata, w przypadku istotnej zmiany uwarunkowań społeczno-gospodarczych udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stwierdzonych nieprawidłowości w realizacji tych umów wynikających z przepisów wydanych na podstawie ust. 6 albo 7.

Art. 138.

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

Art. 139.

1. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:
 - 1) konkursu ofert albo
 - 2) rokowań.
2. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5. W celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenia.
3. Ogłoszenie zawiera w szczególności:
 - 1) nazwę i adres siedziby zamawiającego;
 - 2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;
 - 3) wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie, europejskich aprobat technicznych lub norm państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzających europejskie normy zharmonizowane oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej;
 - 4) wskazanie świadczeniodawców zapraszanych do rokowań - w przypadku rokowań.
4. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu po-

wołuje komisję. Tryb pracy komisji określa regulamin uchwalony przez Radę Funduszu.

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

Art. 140.

1. Przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty.
2. Przedmiotu zamówienia nie można opisywać:
 - 1) w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję;
 - 2) przez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, chyba że jest to uzasadnione specyfiką przedmiotu zamówienia lub zamawiający nie może opisać przedmiotu zamówienia za pomocą dostatecznie dokładnych określeń, a wskazaniu takiemu towarzyszą wyrazy „lub równoważne” lub inne równoznaczne wyrazy.

Art. 141.

1. Przedmiot zamówienia opisuje się za pomocą cech technicznych i jakościowych, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane.
2. W przypadku braku Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane uwzględnia się:
 - 1) europejskie aprobaty techniczne;
 - 2) wspólne specyfikacje techniczne;
 - 3) Polskie Normy wprowadzające normy europejskie;
 - 4) normy państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzające europejskie normy zharmonizowane;
 - 5) Polskie Normy wprowadzające normy międzynarodowe;
 - 6) Polskie Normy;
 - 7) polskie aprobaty techniczne.
3. Można odstąpić od opisywania przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane, europejskich aprobat technicznych lub wspólnych specyfikacji technicznych, jeżeli:
 - 1) nie zawierają one żadnych wymagań dotyczących zapewnienia zgodności z wymaganiami zasadniczymi lub

- 2) ich stosowanie nakładałoby na zamawiającego obowiązek używania wyrobów niewspółdziałających z już stosowanymi urządzeniami, lub
 - 3) ich stosowanie nie byłoby właściwe ze względu na innowacyjny charakter przedmiotu zamówienia.
4. Do opisu przedmiotu zamówienia stosuje się nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n.).

Art. 142.

1. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.
2. W części jawnej konkursu ofert komisja w obecności oferentów:
 - 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz liczbę złożonych ofert;
 - 2) otwiera koperty lub paczki z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki, o których mowa w art. 146 pkt 3;
 - 3) przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.
3. Oświadczenia lub zawiadomienia przekazane za pomocą teleksu, poczty elektronicznej lub telefaksu uważa się za złożone w terminie, jeżeli ich treść dotarła do adresata przed upływem terminu i została niezwłocznie potwierdzona na piśmie przez przekazującego.
4. Ofertę sporządza się w języku polskim, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.
5. W części niejawnej konkursu ofert komisja może:
 - 1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia;
 - 2) odrzucić wszystkie oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej.
6. Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:
 - 1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.
7. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.

Art. 143.

1. Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań następuje w przypadkach określonych w ustawie.

2. Przez rokowania rozumie się tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym prowadzi się postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń zdrowotnych i warunków ich udzielania z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty lub większej liczby ofert oraz sprawny przebieg postępowania, nie mniejszą jednak niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń zdrowotnych lub ograniczoną dostępność do świadczeń jest mniej świadczeniodawców mogących ich udzielać.
3. Rokowania składają się z części jawnej i niejawnej.
4. Do części jawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 142 ust. 2.
5. Do części niejawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 142 ust. 5.

Art. 144.

Postępowanie w trybie rokowań może być przeprowadzone, jeżeli:

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

Art. 145.

1. W przypadku, o którym mowa w art. 144 pkt 1, zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców, których oferty nie zostały odrzucone w unieważnionym konkursie ofert.
2. W przypadku, o którym mowa w art. 144 pkt 2 i 3, zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 146.

Prezes Funduszu określa:

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

Art. 147.

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

Art. 148.

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

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

Art. 149.

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 opieki zdrowotnej.

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

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

Art. 150.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, na wniosek komisji, unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:

- 1) nie wpłynęła żadna oferta;
- 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
- 3) odrzucono wszystkie oferty;
- 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej danego rodzaju;
- 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 ogło-

szony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

Art. 151.

1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.
2. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert.
3. O rozstrzygnięciu rokowań ogłasza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 2 dni od zakończenia rokowań.
4. Ogłoszenie zawierające nazwę (firmę) albo imię i nazwisko, oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany, niezwłocznie zamieszcza się na tablicy informacyjnej oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
5. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.
6. Ogłoszenie o wyniku rozstrzygnięcia postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przekazuje Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, jeżeli wartość przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro według średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu rozstrzygnięcia postępowania.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, wzór ogłoszenia, o którym mowa w ust. 6, uwzględniając prawidłowość przekazywania danych o wyniku rozstrzygnięcia postępowania.

Art. 152.

1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - 1) wybór trybu postępowania;
 - 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
 - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 153.

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

Art. 154.

1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może złożyć, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania do Prezesa Funduszu za pośrednictwem dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
2. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia.
3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może uwzględnić odwołanie w terminie 7 dni od dnia jego złożenia i udzielić pisemnej odpowiedzi składającemu odwołanie.
4. W przypadku nieuwzględnienia odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przekazuje odwołanie niezwłocznie, nie później niż w terminie 2 dni, do Prezesa Funduszu.
5. Informację o wniesieniu odwołania i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania, i wydaje decyzję administracyjną w tej sprawie.
7. W przypadku uwzględnienia odwołania przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do ponownie przeprowadzanego postępowania stosuje się odpowiednio art. 144 pkt 1 oraz art. 145.
8. Od decyzji, o której mowa w ust. 6, świadczeniodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 155.

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

Art. 156.

1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga zgody Prezesa Funduszu.
2. W przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż rok świadczeniodawca przez okres obowiązywania umowy nie może ubiegać się o zawarcie nowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym samym zakresie i dotyczącej tego samego przedmiotu. Nie dotyczy to przypadku, gdy spełnione są przesłanki do zawarcia umowy określone w art. 144 pkt 2 lub 3.

Art. 157.

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

Art. 158.

1. Nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. W przypadku konieczności wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 1, umowa w nowym brzmieniu obowiązuje do czasu zapewnienia świadczeń na podstawie nowego postępowania w sprawie zawarcia umowy. Nowe postępowanie przeprowadza się niezwłocznie.

Art. 159.

1. Przepisów art. 136 ust. 1 pkt 5 oraz przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami:
 - 1) udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 2) wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.
2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, zawiera się umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu.
3. Fundusz zamieszcza na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz udostępnia w siedzibie tego oddziału informacje o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2.
4. Fundusz informuje o zabezpieczeniu świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Art. 160.

1. W celu zapewnienia świadczeniobiorcom zaopatrzenia w środki pomocnicze, Fundusz z podmiotami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w takie środki zawiera umowy na realizację zleceń, o których mowa w art. 40 ust. 1 i art. 47 ust. 1.
2. Do umów, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się przepisów art. 136 i przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań. Przepisy art. 159 ust. 2-4 stosuje się odpowiednio.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze, w szczególności określając jego organizację i wyposażenie, uwzględniając rodzaj wykonywanych czynności oraz zapewnienie dostępności dla świadczeniobiorców.

Art. 161.

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

Art. 162.

1. Zażalenie, o którym mowa w art. 161, dotyczące realizacji umowy rozpatruje, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, 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 rozpatry-

wany niezwłocznie przez Prezesa Funduszu. Zażalenie na ponowne rozpatrzenie nie przysługuje.

DZIAŁ VII

Nadzór nad ubezpieczeniem zdrowotnym

Art. 163.

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 i gospodarności.

Art. 164.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości, nad działalnością:
 - 1) Funduszu;
 - 2) świadczeniodawców, w zakresie realizacji umów z Funduszem;
 - 3) podmiotów, którym Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności;
 - 4) aptek, w zakresie refundacji leków.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji, w całości lub w części, w przypadku gdy:
 - 1) narusza ona prawo lub
 - 2) prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, lub
 - 3) prowadzi do niezrównoważenia wpływów i wydatków Funduszu.
3. Podjęcie przez ministra właściwego do spraw zdrowia decyzji w sprawach, o których mowa w ust. 2, wymaga pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie, o którym mowa w ust. 2 pkt 3.
4. Uchwały Rady Funduszu i decyzje Prezesa Funduszu, Prezes Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich podjęcia.
5. Przepisów ust. 2-4 nie stosuje się do uchwał dotyczących sprawozdania finansowego oraz sprawozdań z wykonania planu finansowego.

Art. 165.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może badać decyzje podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz uchwały podejmowane przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu.
2. Przepis art. 164 ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 166.

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 związanych z działalnością Funduszu lub ich kopii oraz zapoznawania się z ich treścią;
 - 2) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności Funduszu, od Rady Funduszu, Prezesa i zastępców Prezesa Funduszu, rad oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracowników Funduszu oraz innych osób wykonujących pracę na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
 - 3) żądania udostępnienia przez świadczeniodawcę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt 3, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących czynności wykonywanych 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 świadczeniobiorców minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia Fundusz, świadczeniodawcę i podmiot, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt 3, o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności powiadamianego podmiotu do przepisów prawa, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów 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, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt 3, lub osoba trzecia, informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.

Art. 167.

1. W razie nieusunięcia przez Fundusz w wyznaczonym terminie nieprawidłowości, minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do:
 - 1) Prezesa Rady Ministrów - o odwołanie wszystkich członków Rady Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu działania Rady Funduszu albo Rada Funduszu nie podjęła uchwały o odwołaniu Prezesa lub zastępców Prezesa Funduszu, a nieprawidłowości w działalności Funduszu nie zostały usunięte;
 - 2) Rady Funduszu - o odwołanie Prezesa Funduszu lub zastępców Prezesa Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu ich działania;
 - 3) Prezesa Funduszu - o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu jego działania.
2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, w ciągu 30 dni od dnia odwołania:
 - 1) Prezes Rady Ministrów powołuje nowych członków Rady Funduszu na pełną kadencję, z zachowaniem wymagań określonych w art. 99 ust. 1, 5 i 6;
 - 2) Rada Funduszu powołuje Prezesa Funduszu oraz zastępców Prezesa Funduszu, z zachowaniem odpowiednio wymagań określonych w art. 103 ust. 2, 3 i 5;
 - 3) Prezes Funduszu powołuje nowego dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na pełną kadencję, z zachowaniem wymagań określonych w art. 107 ust. 2 i 3.
3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, odpowiednio członkowie Rady Funduszu, Prezes Funduszu, zastępcy Prezesa Funduszu, rada oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonują jedynie czynności niezbędne do zapewnienia ciągłości działania Funduszu.

Art. 168.

W przypadku naruszenia prawa, statutu lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 128 ust. 5 i w art. 166 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na Prezesa Funduszu lub zastępcę Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, odpowiedzialnego za te naruszenia lub nieudzielenie wyjaśnień i informacji, karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę, niezależnie od innych środków nadzoru przewidzianych przepisami prawa.

Art. 169.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może żądać pisemnie niezwłocznego rozpatrzenia sprawy przez Radę Funduszu, Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, radę oddziału wojewódzkiego Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu lub swojego osobistego udziału albo jego pełnomocnika przy rozpatrywaniu danej sprawy, 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 podmiotów, o których mowa w ust. 1. 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 podmiotów, o których mowa w ust. 1, powinno się odbyć.
4. Podmioty, o których mowa w ust. 1, są obowiązane niezwłocznie poinformować ministra właściwego do spraw zdrowia o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia.
5. Jeżeli w ciągu 7 dni od dnia doręczenia wezwania termin posiedzenia nie zostanie ustalony, zostanie ustalony z naruszeniem terminu określonego w wezwaniu lub minister właściwy do spraw zdrowia nie zostanie poinformowany o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia, minister może zwołać posiedzenie podmiotów, o których mowa w ust. 1, 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. 170.

1. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 166 przysługują odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Funduszu.
2. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 167-169 przysługują odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, w szczególności w przypadku:
 - 1) działań powodujących niezrównoważenie wpływów z wydatkami Funduszu;
 - 2) niezatwierdzenia sprawozdania finansowego Funduszu;
 - 3) niezatwierdzenia rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu;
 - 4) przekroczenia terminów, o których mowa w rozdziale 2 działu V - z wyłączeniem przepisów dotyczących planu finansowego Funduszu;
 - 5) nieprawidłowości w zakresie sprawozdań, o których mowa w art. 131 ust. 1.

Art. 171.

W razie nieusunięcia w wyznaczonym terminie przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt 3, stwierdzonych nieprawidłowości, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do wartości miesięcznej umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczy nieprawidłowości.

Art. 172.

W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 166 ust. 1, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt 3, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości, bezpośrednio po stwierdzeniu tych naruszeń.

Art. 173.

W przypadkach określonych w art. 171 i 172 minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem, o którym mowa w art. 164 ust. 1 pkt. 3.

Art. 174.

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 z interesem świadczeniobiorców;
 - 2) świadczeniodawców, w zakresie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub z interesem świadczeniobiorców;
 - 3) podmiotów, o których mowa w art. 164 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 opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz. Przepisy art. 64 ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia w upoważnieniu do prowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje pracownika ministerstwa obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia, uprawnionego do przeprowadzenia kontroli, zwanego dalej „kontrolerem”.
4. Jednostka kontrolowana obowiązana jest do przedkładania kontrolerowi żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.
5. Kontroler nie może być jednocześnie:
 - 1) pracownikiem Funduszu;

- 2) właścicielem zakładu opieki zdrowotnej będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 3) świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) pracownikiem świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt 3;
 - 5) osobą współpracującą ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 3;
 - 6) członkiem organów lub pracownikiem jednostki będącej organem założycielskim zakładu opieki zdrowotnej;
 - 7) członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151).
6. Kontroler podlega wyłączeniu od udziału w kontroli z mocy ustawy, jeżeli:
- 1) pozostaje z jednostką kontrolowaną w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że wynik kontroli może mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki;
 - 2) kontrola dotyczy jego małżonka lub krewnych i powinowatych do drugiego stopnia;
 - 3) kontrola dotyczy osoby związanej z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.
7. Powody wyłączenia, o których mowa w ust. 6, trwają także po ustaniu uzasadniającego je małżeństwa, przysposobienia, opieki i kurateli.
8. Niezależnie od przyczyn wymienionych w ust. 6 minister właściwy do spraw zdrowia wyłącza kontrolera na jego żądanie lub na wniosek jednostki kontrolowanej, jeżeli między nim a jednostką kontrolowaną zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do bezstronności kontrolera.
9. Wyłączony kontroler powinien podejmować tylko czynności niecierpiące zwłoki ze względu na interes społeczny lub ważny interes jednostki kontrolowanej.
10. Przepisy ust. 1-9 stosuje się do kontroli przeprowadzanej przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

Art. 175.

1. Wyniki przeprowadzonej kontroli kontroler przedstawia w protokole kontroli.
2. Protokół kontroli zawiera opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli działalności jednostki kontrolowanej, w tym ustalonych nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych.
3. Protokół kontroli podpisują kontroler i kierownik jednostki kontrolowanej, a w razie jego nieobecności - osoba przez niego upoważniona.

Art. 176.

1. Kierownikowi jednostki kontrolowanej lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje prawo zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, umotywowanych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w protokole.
2. Zastrzeżenia należy zgłosić na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.
3. W razie zgłoszenia zastrzeżeń, o których mowa w ust. 1, kontroler jest obowiązany dokonać ich analizy i w miarę potrzeby podjąć dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń - zmienić lub uzupełnić odpowiednią część protokołu kontroli.
4. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części kontroler przekazuje na piśmie swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 177.

1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może w terminie 7 dni od dnia otrzymania stanowiska, o którym mowa w art. 176 ust. 4, zgłosić na piśmie umotywowane zastrzeżenia do ministra właściwego do spraw zdrowia.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje niezwłocznie zastrzeżenia i doręcza informację o ich rozpatrzeniu, wraz z uzasadnieniem, zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 178.

1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając w terminie 7 dni od jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy.
2. W razie zgłoszenia zastrzeżeń termin do złożenia wyjaśnienia o odmowie podpisania protokołu liczy się od dnia otrzymania ostatecznej decyzji w sprawie rozpatrzenia tych zastrzeżeń.
3. O odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontroler czyni wzmiankę w protokole.
4. Odmowa podpisania protokołu kontroli przez osobę wymienioną w ust. 1 nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustaleń kontroli.

Art. 179.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza wystąpienie pokontrolne, które przekazuje kierownikowi jednostki kontrolowanej.
2. Wystąpienie pokontrolne zawiera ocenę kontrolowanej działalności wynikającą z ustaleń opisanych w protokole kontroli, a także zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności jednostki kontrolowanej do przepisów prawa.

3. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, do poinformowania ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.
4. W razie niewykonania zaleceń, o których mowa w ust. 2, przepisy art. 167-172 stosuje się odpowiednio.

Art. 180.

1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona, w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, może odwołać się do ministra właściwego do spraw zdrowia od zawartych w wystąpieniu pokontrolnym ocen, uwag, wniosków i zaleceń.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje odwołanie w ciągu 14 dni od dnia jego otrzymania i zajmuje stanowisko.
3. Stanowisko ministra właściwego do spraw zdrowia jest ostateczne i wraz z uzasadnieniem jest doręczane jednostce kontrolowanej.

Art. 181.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób, zakres i tryb przeprowadzania kontroli, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

Art. 182.

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. 164 ust. 2 i 3, art. 165, 166 ust. 3, art. 168, 171 i 172, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.

Art. 183.

1. Do postępowania przed ministrem właściwym do spraw finansów publicznych w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Funduszu stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.
2. W sprawach, o których mowa w art. 170, minister właściwy do spraw finansów publicznych wydaje decyzje administracyjne.

Art. 184.

1. Kary pieniężne, o których mowa w art. 168, 171 i 172, podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

2. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej nakładanej na podstawie przepisów ustawy minister właściwy do spraw zdrowia jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości.
3. Od decyzji w sprawie kar pieniężnych przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 185.

Od decyzji administracyjnych, o których mowa w niniejszym dziale, przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 186.

Minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia organ tworzący zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o nieprawidłowościach stwierdzonych u świadczeniodawcy oraz wydanych decyzjach mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności podmiotu, którego dotyczy decyzja, do przepisów prawa.

Art. 187.

Osoby wykonujące w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub ministra właściwego do spraw finansów publicznych czynności nadzoru i kontroli nad Funduszem nie mogą:

- 1) być członkami organów Funduszu;
- 2) być pracownikami Funduszu;
- 3) wykonywać pracy na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
- 4) być świadczeniodawcami, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ani pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) być członkami organów lub pracownikami podmiotów, o których mowa w art. 164 ust. 1 pkt 3, ani też wykonywać pracy na ich rzecz na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

Art. 188.

1. Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 kwietnia roku następnego, zaopiniowane przez Radę Funduszu sprawozdanie z działalności Funduszu.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia corocznie Sejmowi, nie później niż do końca lipca roku następnego, sprawozdanie z działalności Funduszu,

po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

DZIAŁ VIII

Przetwarzanie i ochrona danych

Art. 189.

1. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu:
 - 1) stwierdzenia istnienia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;
 - 3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;
 - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
 - 5) rozliczenia ze świadczeniodawcami;
 - 6) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Funduszu;
 - 7) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne.
2. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w celu:
 - 1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
 - 5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych:
 - 1) osób ubezpieczonych, w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-8;
 - 2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w celu określonym w ust. 2 pkt 2 i 3.
4. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1-3, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz mają prawo do przetwarzania następujących danych:
 - 1) nazwisko i imię (imiona);

- 2) nazwisko rodowe;
 - 3) data urodzenia;
 - 4) płeć;
 - 5) obywatelstwo;
 - 6) narodowość;
 - 7) stan cywilny;
 - 8) numer 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. 44 ust. 1 i art. 45 ust. 1, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub produktów leczniczych niż wynikające z ustawy;
 - 17) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 13 ust. 1;
 - 18) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 19) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 20) dane dotyczące lekarza lub felczera wystawiającego receptę na refundowane leki lub wyroby medyczne;
 - 21) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza lub felczera, o którym mowa w pkt 20;
 - 22) dane dotyczące apteki realizującej receptę na refundowane leki i wyroby medyczne.
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. 66 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. Rozporządze-

nie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.

Art. 190.

1. Apteki są obowiązane udostępniać do kontroli na żądanie podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych do wglądu recepty i przekazywać niezbędne dane, o których mowa w art. 191 ust. 2.
2. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych, o których mowa w art. 191 ust. 1.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb udostępniania podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, do kontroli recept zrealizowanych przez świadczeniobiorców i związanych z tym informacji, uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

Art. 191.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez apteki i sposób ich rejestrowania oraz zakres informacji i sposób ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, wojewodów i marszałków województw, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Funduszu oraz zakres sprawozdań okresowych i sposób ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a także minimalny zakres zbiorczych informacji i sposób ich przekazywania wojewodom i sejmikom województw, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.
4. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych i mini-

ster właściwy do spraw zdrowia są obowiązani do przekazywania Funduszowi danych ewidencyjnych zawierających numer PESEL, imię i nazwisko osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2-10, 12 i 13, oraz członków ich rodzin.

Art. 192.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia gromadzi i przetwarza dane dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z ustawy.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia oraz Fundusz są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, w celu:
 - 1) rozliczania ze świadczeniodawcami;
 - 2) kontroli:
 - a) rodzaju, zakresu i przyczyn udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 3) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni na świadczenia opieki zdrowotnej, leki, wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze.
3. W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia oraz Fundusz mają prawo przetwarzania następujących danych:
 - 1) nazwisko i imię;
 - 2) numer PESEL;
 - 3) numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer;
 - 4) seria i numer dowodu osobistego lub paszportu - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
 - 5) dane dotyczące rodzaju i zakresu udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 191 ust. 1.
4. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych oraz minister właściwy do spraw zdrowia są uprawnieni do uzyskiwania informacji niezbędnych do realizacji zadań wynikających z ustawy.

Art. 193.

Fundusz na żądanie ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ich kosztach.

DZIAŁ IX

Przepisy karne

Art. 194.

Kto:

- 1) nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenie zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia;
 - 2) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 3) nie odprowadza w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
 - 4) pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 5) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 6) będąc ubezpieczonym dobrowolnie nie zgłasza do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6;
 - 7) podaje w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz nieprawdziwe informacje i dane
- podlega karze grzywny.

Art. 195.

Odpowiedzialności przewidzianej w art. 194 podlega także ten, kto dopuszcza się czynów określonych w tych przepisach, działając w imieniu osoby prawnej.

Art. 196.

Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 194, następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

DZIAŁ X

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 197.

W ustawie z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 2004 r. Nr 53, poz. 531) w art. 4 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

- „1a. W przypadku gdy ustawa lub przepisy odrębne uprawniają felczera do wystawiania recept stosuje się odpowiednio przepisy wydane na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 2002

r. Nr 21, poz. 204, Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266, Nr 153, poz. 1271 oraz z 2003 r. Nr 90, poz. 845).

Art. 198.

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.¹⁵⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 56 dodaje się art. 56a i 56b w brzmieniu:

„Art. 56a. Poborowi pełniący służbę w formacjach uzbrojonych niewchodzących w skład Sił Zbrojnych podporządkowanych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr ..., poz. ...).

Art. 56b. 1. Poborowi, o których mowa w art. 56a, na zasadach określonych w ustawie z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- 3) lekarza dentysty;
- 4) szpitala

- w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących jednostkami budżetowymi tworzonymi i nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, albo będących zakładami opieki zdrowotnej utworzonymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

2. W przypadku gdy poborowi, o których mowa w ust. 1, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w ust. 1, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Koszty częściowej lub całkowitej odpłatności za leki wydawane poborowym, o których mowa w art. 56a, na zasadach i w zakresie określonych w ustawie z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

¹⁵⁾ 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.

4. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów leków, o których mowa w ust. 3, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.”;

2) art. 69 i 69a otrzymują brzmienie:

„Art. 69. Żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe i ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 69a. Żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

3) po art. 69a dodaje się art. 69b w brzmieniu:

„Art. 69b. 1. Żołnierze, o których mowa w art. 69, na zasadach określonych w ustawie z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- 3) lekarza dentysty;
- 4) szpitala

- w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących zakładami opieki zdrowotnej utworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej.

2. W przypadku gdy żołnierze, o których mowa w ust. 1, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w ust. 1, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, kandydatom na żołnierzy zawodowych oraz pełniącym służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w produkty lecznicze i wyroby medyczne inne niż oznaczone znakiem „Rp”, 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, wykaz produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC i wyro-

bów medycznych wydawanych bezpłatnie, o których mowa w ust. 3, oraz sposób i tryb finansowania ponoszonych kosztów, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.”.

Art. 199.

W ustawie 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) uchyla się art. 13.

Art. 200.

W ustawie z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz.U. Nr 20, poz. 101, z późn. zm.¹⁶⁾) art. 5a otrzymuje brzmienie:

- „Art. 5a. 1. Osobom zajmującym kierownicze stanowiska państwowe wymienionym w art. 2, posłom, senatorom, sędziom Sądu Najwyższego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, Trybunału Konstytucyjnego i Trybunału Stanu przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nagłego zachorowania lub urazu, wypadku, zatrucia lub konieczności natychmiastowego leczenia szpitalnego.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie określonym w ust. 1 przysługują również członkom rodzin Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej oraz Prezesa Rady Ministrów towarzyszącym oficjalnie tym osobom w podróżach, o których mowa w ust. 5 pkt 3.
3. Członkom personelu dyplomatycznego i konsularnego akredytowanego w Rzeczypospolitej Polskiej i ich rodzinom, w odniesieniu do państw, z którymi zostały podpisane umowy o świadczenie usług medycznych przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym tymi umowami.
4. Świadczenia, o których mowa w ust. 1-3, przysługują niezależnie od świadczeń określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i są finansowane z budżetu państwa w części dotyczącej ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej tworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
5. W zakresie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ust. 1 zakłady opieki zdrowotnej tworzone przez ministra właściwego do

¹⁶⁾ Zmiany wymienionej 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.

spraw wewnętrznych są obowiązane zapewnić również możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej podczas:

- 1) posiedzeń plenarnych Sejmu i Senatu, a w innych pracach tych organów na wniosek odpowiednio Marszałka Sejmu albo Marszałka Senatu;
 - 2) posiedzeń Rady Ministrów;
 - 3) oficjalnych podróży krajowych i zagranicznych Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej albo Prezesa Rady Ministrów oraz oficjalnych wizyt zagranicznych.
6. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Marszałka Sejmu i Marszałka Senatu szczegółowy zakres oraz warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, uwzględniając rodzaj udzielanych świadczeń oraz dostęp do uzyskania tych świadczeń.”.

Art. 201.

W ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz.U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1399, z późn. zm.¹⁷⁾) w art. 153 po ust. 7 dodaje ust. 7a i 7b w brzmieniu:

„7a. Funkcjonariusz w służbie kandydackiej, na zasadach określonych w ustawie z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr ..., poz. ...) , ma prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- 3) lekarza dentysty;
- 4) szpitala

- spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mających siedzibę w terytorialnym zasięgu działania jednostki organizacyjnej Straży Granicznej.

7b. W przypadku gdy funkcjonariusze, o których mowa w ust. 7a, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w tym przepisie, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”.

Art. 202.

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.¹⁸⁾) wprowadza się następujące zmiany:

¹⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 113, poz.1070, Nr 128, poz.1175, Nr 137, poz. 1302 i Nr 166, poz. 1609 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257.

- 1) 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 w ust. 9 w zdaniu końcowym, w art. 35 w ust. 9, w art. 37 w ust. 1a w pkt 4, w art. 41 w ust. 1a, w art. 43 w ust. 4 i w art. 44 w ust. 3c i 6i wyrazy „o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia” zastępuje się wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”;
- 2) w art. 37 w ust. 1a w pkt 5 i w art. 44 w ust. 7g w pkt 4 wyrazy „powszechne ubezpieczenie zdrowotne” zastępuje się wyrazami „ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 203.

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.¹⁹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) art. 21 otrzymuje brzmienie:

„Art. 21. Do udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń stosuje się przepisy art. 20-23 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr ..., poz. ...).”;

- 2) w art. 50a ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Przychodem środka specjalnego, o którym mowa w ust. 1, są środki uzyskane na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, które mogą być przeznaczone wyłącznie na finansowanie wydatków związanych z udzielaniem:

- 1) świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej dla:

- a) żołnierzy czynnej służby wojskowej, emerytów i rencistów wojskowych, pracowników wojska oraz członków ich rodzin,
- b) poborowych i funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej,

¹⁸⁾ 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, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 595, Nr 84, poz. 774, Nr 90, poz. 844, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 166, poz. 1608, Nr 202, poz. 1956, Nr 222, poz. 2201, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257, Nr 54, poz. 535, Nr 93, poz. 894 i Nr 99, poz. 1001.

¹⁹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935 oraz z 2000 r. Nr 3, poz. 28 i Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151, 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215.

emerytów i rencistów oraz pracowników cywilnych tych służb, a także ich rodzin;

2) podstawowych świadczeń lekarza dentysty dla żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, kandydatów na żołnierzy zawodowych, żołnierzy odbywających nadterminową służbę wojskową oraz pełniących służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny.”;

3) art. 54 otrzymuje brzmienie:

„Art. 54. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

- 1) z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej;
- 2) na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na podstawie umowy i w zakresie w niej określonym;
- 3) z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż wymieniona w pkt 1 i 2, jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności;
- 4) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego, z zastrzeżeniem art. 42.

2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, mogą być finansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, podmiotu, który utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów, uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów.

3. Do warunków i trybu przekazywania środków publicznych, o których mowa w ust. 2, przez dysponentów tych środków nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych.

4. Zasady realizacji i finansowania programów zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2, określają przepisy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 2, a także sposób rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania, z uwzględnieniem sporządzania przez zakład planu rzeczowo-finansowego zadania, rodzaju wydatków, jakie mogą być finansowane, oraz istotnych elementów umowy o realizację zadania.”.

Art. 204.

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.²⁰⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 16 w ust. 1 w pkt 9 uchyla się lit. c;
- 2) w art. 25 w ust. 14 w pkt 4 wyrazy „powszechne ubezpieczenie zdrowotne” zastępuje się wyrazami „ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 205.

W ustawie z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz.U. Nr 73, poz. 350, z późn. zm.²¹⁾) w art. 36 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia” zastępuje się wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Art. 206.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266 i Nr 153, poz. 1271 oraz z 2003 r. Nr 90, poz. 845) w art. 45:

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

„1a. Lekarz może również wystawiać recepty na leki osobom, o których mowa w art. 35 oraz art. 43-46 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr ..., poz. ...), na zasadach określonych w tej ustawie.”;

- 2) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) sposób i tryb wystawiania recept lekarskich;
- 2) wzory recept uprawniających do nabycia leku lub wyrobu medycznego, a w szczególności wzór recepty wystawianej dla osób, o których mowa w ust. 1a, oraz wydawanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością, sposób zaopatrywania w druki recept, ich przechowywania, sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania

²⁰⁾ 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.

²¹⁾ Zmiany wymienionej 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.

i realizacji, uwzględniając konieczność prawidłowej realizacji zadań kontrolnych

- uwzględniając odpowiednie przepisy ustawy, o której mowa w ust. 1a.”.

Art. 207.

W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. r. Nr 90, poz. 557, Nr 160, poz. 1083, z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 60, poz. 701, Nr 120, poz. 1268, Nr 122, poz. 1318, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, Nr 111, poz. 1194, Nr 151, poz. 1686, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 121, poz. 1033, Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 142, poz. 1380, Nr 179, poz. 1750, z 2004 r. Nr 93, poz. 889) w art. 115 po § 1 dodaje się § 1a w brzmieniu:

„§ 1a. Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru lekarza i pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentystry oraz szpitala, określone w ustawie z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 208.

W ustawie z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz.U. z 2004 r. Nr 3, poz. 20) w art. 7a w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) korzystania raz w roku z leczenia uzdrowiskowego oraz zwolnienia z odpłatności związanej z leczeniem uzdrowiskowym, o której mowa w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 209.

W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.²²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 46 ust. 4 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) kwoty przysługujących płatnikowi wynagrodzeń w myśl art. 3 ust. 2;”;

2) w art. 76 w ust. 1 w pkt 2 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) ubezpieczenie zdrowotne od Narodowego Funduszu Zdrowia,”.

²²⁾ 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.

Art. 210.

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.²³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 13 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych w pierwszej kolejności ulega obniżeniu o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaconej przez podatnika, o której mowa w art. 27b ust. 1 ustawy o podatku dochodowym, zapłaconej w roku podatkowym zgodnie z przepisami o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o ile nie została odliczona od podatku dochodowego.”;

2) w art. 21 w ust. 11 w pkt 4 wyrazy „powszechne ubezpieczenie zdrowotne” zastępuje się wyrazami „ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia”;

3) w art. 21 w ust. 2a w pkt 2, w art. 31 w ust. 2, 4 i 5, w art. 44 w ust. 2, w art. 47 i w art. 52 w ust. 3 w pkt 4 wyrazy „powszechne ubezpieczenie” zastępuje się wyrazami „ubezpieczenie zdrowotne”;

4) w art. 31 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Podatek dochodowy w formie karty podatkowej, wynikający z decyzji, o której mowa w art. 30, podatnik obniża o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaconej w roku podatkowym, zgodnie z przepisami o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o ile nie została odliczona od podatku dochodowego. Zasadę tę stosuje się również do podatników, o których mowa w art. 25 ust. 5.”;

5) w art. 44:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Ryczałt ulega obniżeniu o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, opłaconej zgodnie z przepisami o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bezpośrednio przez osobę duchowną w kwartale, za jaki uiszczany jest ryczałt, o ile składka ta nie została odliczona od podatku dochodowego.”;

b) w ust. 4 wyrazy „składki na ubezpieczenie zdrowotne” zastępuje się wyrazami „składki na ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 211.

W ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148, z późn. zm.²⁴⁾) wprowadza się następujące zmiany:

²³⁾ Zmiany wymienionej 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, z 2002 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 169, poz. 1384, Nr 172, poz. 1412 i Nr 200, poz. 1679 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 96, poz. 874, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302 i Nr 202, poz. 1958.

1) w art. 80:

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

„2b. Przepis ust. 2 nie dotyczy programów zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 2004 r. 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.”;

2) po art. 137 dodaje się art. 137a w brzmieniu:

„Art. 137a. Przepisy niniejszego rozdziału dotyczące funduszu celowego stosuje się odpowiednio do Narodowego Funduszu Zdrowia.”.

Art. 212.

W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz.U. Nr 162, poz. 1117) w art. 9 w ust. 1 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) warunki otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 42 ust. 1, ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr ..., poz. ...) oraz sposób i tryb finansowania ponoszonych kosztów, uwzględniając zasady wydatkowania środków publicznych.”.

Art. 213.

W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, Nr 64, poz. 593 i Nr 99, poz. 1001) w art. 121 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W sprawach świadczeń przewidzianych w ustawie osoby zainteresowane i organy rentowe są zwolnione od wszelkich opłat, z wyłączeniem opłat ponoszonych na podstawie art. 16 ust. 4 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 214.

W ustawie z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz.U. Nr 97, poz. 1050, z 2002 r. Nr 144, poz. 1204, z 2003 r. Nr 137, poz. 1302 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959) wprowadza się następujące zmiany:

1) użyte w art. 5, art. 6 oraz w art. 7 ust. 2-5, w różnej liczbie i przypadku, wyrazy „środki farmaceutyczne” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i przypadku wyrazami „produkty lecznicze”;

²⁴⁾ 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.

2) użyte w art. 5, art. 6 oraz w art. 7 ust. 2-5, w różnej liczbie i przypadku, wyrazy „materiały medyczne” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i przypadku wyrazami „wyroby medyczne”;

3) w art. 5 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz produktów leczniczych i wyrobów medycznych nieobjętych wykazami, o których mowa w ust. 1, jeżeli są stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym i finansowane w całości ze środków publicznych, uwzględniając w szczególności:

1) istotny udział kosztów danego środka farmaceutycznego i materiału medycznego w wydatkach ponoszonych przez zakłady lecznictwa zamkniętego na farmakoterapię, diagnostykę lub pielęgnację chorych,

2) istotne znaczenie dla prowadzonej terapii.”;

4) w art. 7:

a) w ust. 2 wyrazy „trzej przedstawiciele kas chorych” zastępuje się wyrazami „trzej przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Do zadań Zespołu należy przygotowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stanowisk w zakresie ustalania wykazów oraz cen urzędowych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, z uwzględnieniem następujących kryteriów:

1) poziomu cen w krajach o zbliżonej wysokości dochodu narodowego na jednego mieszkańca,

2) konkurencyjności cenowej,

3) wpływu leku na bezpośrednie koszty leczenia,

4) wielkości realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku lub informacji i deklarowanych w okresie późniejszym,

5) kosztów produkcji,

6) udowodnionej skuteczności leku,

7) znaczenia leku w zwalczaniu chorób o znacznym zagrożeniu epidemiologicznym i cywilizacyjnym,

8) marża hurtowa liczona przez przedsiębiorcę prowadzącego obrót hurtowy od ceny urzędowej hurtowej wynosi 8,91%, przy czym w przypadku gdy stopy procentowe ustalone przez Radę Polityki Pieniężnej ulegną obniżeniu o więcej niż 30% w stosunku do ich wysokości obowiązującej w dniu wejścia w życie ustawy, marża ta powinna ulec obniżeniu co najmniej o 10%,

9) marża detaliczna liczona przez przedsiębiorcę prowadzącego obrót apteczny wynosi:

Cena hurtowa w	Marża detaliczna liczona od ceny
----------------	----------------------------------

złotych	hurtowej
0-3,60	40%
3,61-4,80	1,44 zł
4,81-6,50	30%
6,51-9,75	1,95 zł
9,76-14,00	20%
14,01-15,55	2,80 zł
15,56-30,00	18%
30,01-33,75	5,40 zł
33,76-50,00	16%
50,01-66,67	8,00 zł
66,68-100,00	12%
powyżej 100,00	12,00 zł,

przy czym w przypadku gdy średnia marża detaliczna realizowana przez obrót apteczny w obrocie środkami farmaceutycznymi i materiałami medycznymi, o których mowa w art. 5 ust. 1, ulegnie obniżeniu więcej niż o 3 punkty procentowe, dopuszcza się podwyższenie tych wysokości do poziomu zapewniającego realizację średniej marży z dnia wejścia ustawy w życie.”,

- c) w ust. 8 w pkt 4 wyrazy „przedstawiciele kas chorych” zastępuje się wyrazami „przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia”.

Art. 215.

W ustawie z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 113, poz. 1207 i Nr 154, poz. 1801, z 2002 r. Nr 241, poz. 2073 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 124, poz. 1152) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) stanie nagłym - należy przez to rozumieć stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia,”;

- 2) użyte w art. 3 w pkt 2-4, w art. 4 w pkt 5, w art. 5, w art. 18, w art. 20 w ust. 1 w pkt 1 i w ust. 3, w art. 27 w ust. 2 w pkt 1, w art. 29 i w art. 34 w ust. 10, w różnej liczbie i przypadku wyrazy „nagle zagrożenie życia lub zdrowia” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i przypadku wyrazami „stan nagły”;

- 3) art. 44b otrzymuje brzmienie:

„Art. 44b. Do dnia 31 grudnia 2005 r. nie stosuje się przepisów ustawy, z wyjątkiem art. 3, 22 i 23, 24 ust. 1-5 i 9-13, art. 35, art. 39 pkt 2, art. 41 i art. 44 ust. 1-3.”.

Art. 216.

W ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 126, poz. 1381, z późn. zm.²⁵⁾) 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. 36 ust. 4 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr ..., poz. ...),”.

Art. 217.

W ustawie z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 199, poz. 1938) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) osoba ubezpieczona - 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. 5 pkt 41 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. 218.

W ustawie z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. Nr 199, poz. 1673 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 83, poz. 760 i Nr 223, poz. 2217) art. 23 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 23. 1. Ze środków funduszu wypadkowego są pokrywane koszty skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, związane ze świadczeniami zdrowotnymi z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych, na które ubezpieczony został skierowany przez lekarza orzecznika na wniosek lekarza prowadzącego, nier refundowane na podstawie odrębnych przepisów.
2. Ze środków Funduszu wypadkowego są pokrywane koszty wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi w wysokości udziału własnego ubezpieczonego określonego w przepi-

²⁵⁾ 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.

sach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 219.

W ustawie z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach (Dz.U. Nr 199, poz. 1674 oraz z 2003 r. Nr 83, poz. 760, Nr 96, poz. 874 i Nr 122, poz. 1143) w art. 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osobom, które stały się niezdolne do pracy wskutek wypadku w szczególnych okolicznościach, o których mowa w art. 2 ust. 1, przysługuje:

- 1) renta z tytułu niezdolności do pracy;
- 2) jednorazowe odszkodowanie;
- 3) świadczenia opieki zdrowotnej określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie niezbędnym do leczenia następstw wypadku lub choroby zawodowej, pod warunkiem że osoby te nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym.”.

Art. 220.

W ustawie z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz.U. Nr 241, poz. 2073 oraz z 2003 r. Nr 99, poz. 920) art. 5 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 5. 1. Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach usług ratownictwa medycznego świadczeniobiorcom w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają te przepisy.
2. Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz przez zespoły ratownictwa medycznego, włączonych do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.
 3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczególne warunki finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i zespole ratownictwa medycznego, uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ciągłej gotowości tych jednostek do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz rodzaj udzielanych świadczeń.
 4. Jednostki lotniczego pogotowia ratunkowego są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
 5. Finansowanie, o którym mowa w ust. 4, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a jednostką lotniczego pogotowia ratunkowego.
 6. Do umowy, o której mowa w ust. 5, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.”.

Art. 221.

W ustawie z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe i naprawcze (Dz.U. Nr 60, poz. 535 i Nr 217, poz. 2125 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i 871, Nr 96, poz. 959 i Nr 121, poz. 1264) w art. 157 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Syndyk, nadzorca sądowy, zarządca będący osobą fizyczną jest osobą prowadzącą pozarolniczą działalność w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych oraz o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”

Art. 222.

W ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873) w art. 46 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wolontariuszowi mogą przysługiwać świadczenia zdrowotne na zasadach przewidzianych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”

Art. 223.

W ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 128, poz. 1176) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 67 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 67. 1. Cudzoziemcowi, o którym mowa w art. 56 ust. 1, 2 i 5, udziela się opieki medycznej w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkiem lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr ... poz).
2. Udzielanie cudzoziemcowi opieki medycznej następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy Prezesem Urzędu a świadczeniodawcą w rozumieniu przepisów ustawy, o której mowa w ust. 1.
3. Koszty opieki medycznej, o której mowa w ust. 1, z wyłączeniem kosztów określonych w przepisach ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391), są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, ze środków będących w dyspozycji Prezesa Urzędu.”;

2) art. 112 otrzymuje brzmienie:

„Art. 112. 1. Cudzoziemcowi korzystającemu z ochrony czasowej Prezes Urzędu zapewnia opiekę medyczną oraz przyznaje pomoc przez zakwaterowanie i wyżywienie, z zastrzeżeniem ust. 4.

2. Udzielanie cudzoziemcowi opieki medycznej następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy Prezesem Urzędu a świadczeniodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Koszty opieki medycznej, o której mowa w ust. 1, z wyłączeniem kosztów określonych w przepisach ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, ze środków będących w dyspozycji Prezesa Urzędu.
4. Cudzoziemcowi korzystającemu z ochrony czasowej, który wykonuje pracę lub wykonuje działalność gospodarczą, Prezes Urzędu zapewnia opiekę medyczną i pomoc, o której mowa w ust. 1, uwzględniając wysokość uzyskiwanego przez cudzoziemca dochodu.”.

Art. 224.

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 XI

Przepisy przejściowe, dostosowawcze i końcowe

Art. 225.

Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o:

1) ustawie:

- a) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia,
 - b) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
- rozumie się przez to niniejszą ustawę;

2) przepisach:

- a) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia,
 - b) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
- rozumie się przez to niniejszą ustawę oraz przepisy wydane na jej podstawie.

Art. 226.

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.²⁶⁾) stają się z dniem wejścia w życie ustawy ubezpieczonymi na podstawie niniejszej ustawy.

Art. 227.

1. Fundusz zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym.
2. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte na okres dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2004 r. podlegają rozwiązaniu z mocy prawa z dniem 31 grudnia 2004 r., chyba że w terminie miesiąca od dnia wejścia ustawy w życie świadczeniodawca, z którym zawarto taką umowę, oświadczy Funduszowi, że pozostaje nią związany. Oświadczenie składa się na piśmie pod rygorem nieważności.
3. W razie niemożności zawarcia do dnia 31 grudnia 2004 r. umów na 2005 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywanie dotychczasowych umów zawartych ze świadczeniodawcami na okres do dnia 31 grudnia 2004 r. może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2005 r., w drodze zmiany umowy dokonanej nie później niż do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 228.

1. Fundusz wstępuje w prawa i obowiązki Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246.
2. Mienie Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, staje się z dniem wejścia w życie ustawy z mocy prawa mieniem Funduszu, z tym że mienie otrzymane od Skarbu Państwa zalicza się na fundusz podstawowy Funduszu.
3. Umowy, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, nabył prawo do używania nieruchomości, wygasają po upływie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, chyba że w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia ustawy w życie Prezes Funduszu oświadczy drugiej stronie umowy, że pozostaje nią związany. Oświadczenie Prezes Funduszu składa na piśmie pod rygorem nieważności.
4. Przepis ust. 3 nie dotyczy umów, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, nabył własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości.
5. Przejście praw i mienia Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, na Fundusz następuje nieodpłatnie oraz jest wolne od podatków i opłat.

²⁶⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37 i Nr 19 poz. 177.

Art. 229.

1. Bilans zamknięcia Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, staje się bilansem otwarcia Funduszu.
2. Plan finansowy na 2005 r. Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, staje się planem finansowym Funduszu. Przepisy ustawy dotyczące planu finansowego Funduszu stosuje się odpowiednio.
3. Sprawozdanie finansowe za rok 2004 Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, jest zatwierdzane w trybie określonym w art. 130 ust. 3.

Art. 230.

1. Ujawnienie w księgach wieczystych praw własności nieruchomości i użytkownika wieczystego nieruchomości, wynikających z przejęcia przez Fundusz mienia, o którym mowa w art. 228 ust. 2, następuje na wniosek Prezesa Funduszu, na podstawie oświadczenia woli, o którym mowa w art. 235 ust. 2 pkt 5.
2. Postępowanie w przedmiocie wpisów jest wolne od opłat sądowych.

Art. 231.

Fundusz przejmuje zbiory danych prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, w tym zbiory danych osobowych. W przypadku zbiorów danych znajdujących się w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, zbiory te stają się zbiorami danych właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Art. 232.

Pierwszego wyboru banku spełniającego kryteria, o których mowa w art. 114 ust. 2, Prezes Funduszu, dokonuje nie później niż do dnia 31 marca 2005 r.

Art. 233.

Z dniem wejścia w życie ustawy:

- 1) wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, stają się z mocy prawa oddziałami wojewódzkimi Funduszu;
- 2) centrala Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, staje się centralą Funduszu.

Art. 234.

1. Pracownicy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, z dniem wejścia w życie ustawy stają się, z mocy prawa, pracownikami Funduszu, zatrudnionymi na stanowiskach pracy we właściwych oddziałach wojewódzkich.
2. Pracownicy centrali Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, z dniem wejścia w życie ustawy stają się, z mocy prawa, pracownikami Funduszu zatrudnionymi na stanowiskach pracy w centrali tego Funduszu.

Art. 235.

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 której mowa w art. 246, które zostanie przekazane do Funduszu, w tym określenia, które ze składników majątkowych Narodowego Funduszu Zdrowia pochodzą z mienia Skarbu Państwa;
 - 2) sporządza wykazy mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych, w tym odrębny wykaz mienia Skarbu Państwa, które zostało przejęte przez Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, po zlikwidowanych kasach chorych i ich jednostkach organizacyjnych;
 - 3) przygotowuje przejęcie przez Fundusz mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, 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 której mowa w art. 246, oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych;
 - 5) złoży, w formie aktu notarialnego, oświadczenie woli o wniesieniu do Funduszu mienia Skarbu Państwa, o którym mowa w pkt 2.
3. Mienie Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zalicza się na poczet funduszu podstawowego Funduszu.
4. Do czasu złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 5, Fundusz wykonuje uprawnienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, w zakresie, w jakim ten fundusz wykonywał te uprawnienia do dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 236.

1. Do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
2. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ust. 1, jest dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg.
3. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym fakt objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym może być legitymacja emeryta (rencisty) wydawana na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 237.

Fundusz finansuje świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 3 udzielone po dniu wejścia w życie ustawy.

Art. 238.

Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 79 ust. 1, wynosi:

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

Art. 239.

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

Art. 240.

Osoby ubezpieczające się dobrowolnie nie wnoszą opłaty, o której mowa w art. 68 ust. 7, jeżeli ubezpieczą się w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 241.

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.

Art. 242.

Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 20 ust. 4, art. 23 ust. 11, art. 29 ust. 10 i 11, art. 31, art. 36 ust. 4, art. 41 ust. 12, art. 46 ust. 9, art. 47 ust. 5, art. 50 ust. 3-5, art. 57 ust. 5, art. 58 ust. 2, art. 59 ust. 3, art. 61 ust. 1 i 2, art. 63, art. 65 ust. 4, art. 67, art. 68 ust. 5 i 6, art. 69 ust. 5 i 6, art. 70 ust. 4, art. 74, art. 78 ust. 5, art. 92 ust. 7, art. 103 ust. 1, art. 125 ust. 5, art. 142 ust. 3, art. 143 ust. 2, art. 197 ust. 6 i art. 217 ust. 5 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zachowują moc do czasu wydania odpowiednich przepisów na podstawie ustawy, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 243.

Do czasu wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie upoważnienia, o którym mowa w art. 54 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 203 oraz w art. 52 ust. 3 pkt 4 ustawy zmienianej w art. 210, zachowują moc przepisy dotychczasowe, nie dłużej jednak niż do dnia 31 października 2005 r.

Art. 244.

1. Do czasu powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 98 ust. 1, organy Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, oraz dyrektorzy oddziałów wojewódzkich tego Funduszu pełnią swoje funkcje na dotychczasowych zasadach, przy czym Prezes Funduszu i dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu pełnią swoje funkcje nie dłużej niż 3 miesiące od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.
2. Z dniem powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 98 ust. 1, organy Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 246, stosunki pracy dyrektorów oddziałów wojewódzkich tego funduszu ulegają rozwiązaniu oraz wygasają kadencje rad społecznych.

Art. 245.

Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania zmierzające, w szczególności do powołania jednostki organizacyjnej mającej za zadanie dokonywanie oceny procedur medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem procedur medycznych będących przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 246.

Traci moc ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.²⁷⁾).

²⁷⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37 i Nr 19 poz. 177.

Art. 247.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 października 2004 r., z wyjątkiem art. 200, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.

Załącznik

do ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (poz. ...)

WYKAZ

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ NIE FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

1. Świadczenia opieki zdrowotnej nie finansowane ze środków publicznych bez względu na zakres ich zastosowania:
 - 1) świadczenia o skuteczności niezbadanej naukowo lub niepotwierdzonej w badaniach naukowych na zasadach EBM;
 - 2) szczepienia ochronne nie wchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych;
 - 3) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach nie będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia;
 - 4) operacje zmiany płci;
 - 5) świadczenia w zakresie akupunktury z wyjątkiem świadczeń udzielanych w leczeniu bólu przewlekłego;
 - 6) zabiegi przyrodo-lecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym leczeniu uzdrowiskowym nie związane z chorobą podstawową będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe;
 - 7) poradnictwo seksuologiczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności;
 - 8) poradnictwo psychoanalityczne;
 - 9) ozonoterapia;
 - 10) autoszczepionki;
 - 11) magnetoterapia z zastosowaniem stałego pola magnetycznego;
 - 12) laseropunktura;
 - 13) akupresura;
 - 14) zooterapia;
 - 15) diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej nie finansowane ze środków publicznych w poszczególnych zakresach zastosowania:
 - 1) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu nerwowego:
 - a) leczenie padaczki przy pomocy implantacji stymulatora nerwu błędnego,
 - b) diagnostyka i leczenie zaburzeń smaku,
 - c) zastosowanie komory hiperbarycznej w leczeniu stwardnienia rozsianego,
 - d) podawanie Baclofenu pompą infuzyjną, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna;
 - 2) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu wydzielania wewnętrznego - endoskopowa, trans-orbitalna dekompresja w oftalmopatii Graves-Basedowa z wyłączeniem przypadków ratowania wzroku z powodu udokumentowanego ucisku na nerw wzrokowy;
 - 3) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie gałki ocznej:
 - a) chirurgia refrakcyjna w korekcie wad wzroku,
 - b) stymulacja laserowa plamki żółtej,
 - c) alloplastyka tętnic skroniowych;
 - 4) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu sercowo-naczyniowego - wszczepienie defibrylatora dwujamowego z funkcją defibrylacji przedsionkowej i komorowej;
 - 5) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego - bankowanie własnej krwi pępowinowej noworodka;
 - 6) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu trawiennego:
 - a) badanie przewodu pokarmowego za pomocą kapsułki endoskopowej,
 - b) usunięcie guzków krwawniczych (żylaków odbytu) metodą Longo,
 - c) hydrokolonoterapia;
 - 7) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie męskich narządów płciowych:
 - a) pobierania nasienia z najądrza,
 - b) obliteracja żyły jądrowej metodą fluoroskopową,
 - c) wszczepienie protez prącia;
 - 8) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie powłok ciała - otyłość, z wyjątkiem otyłości patologicznej dużego stopnia u chorych o wartości BMI powyżej 40 leczonej metodami zabiegowymi;
 - 9) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie zabiegów diagnostycznych - pozytronowa tomografia emisyjna, z wyjątkiem przypadków:
 - a) pojedynczego przerzutu o nieznanym punkcie wyjścia w celu lokalizacji guza pierwotnego, przy braku potwierdzenia rozpoznania lokalizacji ogniska pierwotnego innymi dostępnymi badaniami,

- b) pojedynczego guzka płuca w celu różnicowania pomiędzy guzem łagodnym i złośliwym przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami,
- c) niedrobnokomórkowego raka płuca w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania,
- d) ziarnicy i chłoniaków nieziarnicznych w celu wstępnej lub końcowej oceny skuteczności chemioterapii, wczesnego rozpoznania nawrotu jeżeli, TK nie daje jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania,
- e) choroby wieńcowej w celu oceny zamrożonego mięśnia sercowego do precyzyjnego ustalenia wskazań/przeciwwskazań do rewaskularyzacji w przypadku braku jednoznacznych informacji z innych badań,
- f) przed transplantacją serca w celu wykluczenia nieodwracalnego uszkodzenia w wyniku procesu zapalnego w przypadku braku możliwości wykluczenia tego stanu w innych badaniach,
- g) padaczki w celu lokalizacji ogniska pierwotnego w przypadku braku możliwości zlokalizowania ogniska w innych badaniach,
- h) mięsaków tkanek miękkich w celu oceny skuteczności chemioterapii po dwóch kursach i wczesnego wykrycia nawrotu,
- i) raka piersi w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania w przypadku leczenia oszczędzającego przed biopsją, jeżeli MR wykazuje pojedyncze ognisko,
- j) raka jajnika w celu wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej odpowiedzi co do oceny stopnia zaawansowania i rozpoznania nawrotu,
- k) raka tarczycy w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu poziomu tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu,
- l) podejrzenia przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu,
- m) planowania radioterapii radykalnej o modulowanej intensywności wiązki w celu oceny rozkładu żywotnych komórek nowotworowych, hipoksji, proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają w przypadku braku możliwości dokonania takiej oceny w innych badaniach,
- n) radiochirurgicznego leczenia raka płuca o wczesnym stopniu zaawansowania w celu wykluczenia istnienia innych ognisk nowotworowych, jeżeli inne badania nie pozwalają ich zlokalizować.