

Materiał porównawczy
do ustawy z dnia 10 lipca 2007 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)

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 z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593 i Nr 99, poz. 1001), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych
 - <3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu >**
- 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 wizej pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, 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.),*
 - 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.).*

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 wizej, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub posiadający status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej albo korzystający z ochrony czasowej na jej terytorium,*
- 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. 3.

1. Ubezpieczonymi są:

- 1) **osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),**
- 2) **osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, 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), legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)**
– 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), niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), 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.),**

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.).

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) 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) i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wize, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub posiadający status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej albo korzystający z ochrony czasowej na jej terytorium,
- 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) 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), 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. 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, z późn. zm.);

5a) cywilna niewidoma ofiara działań wojennych - osobę, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz. U. Nr 249, poz. 1824);

6) instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę - instytucję wypłacającą rentę strukturalną zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych, przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej lub przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich;

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 oraz z 2004 r. Nr 64, poz. 593 i Nr 116, poz. 1203);

9) lek - produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.);

10) lek podstawowy - produkt leczniczy ratujący życie lub niezbędny w terapii dla przywrócenia 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:

a) posiadającego specjalizację co najmniej pierwszego stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii lub

b) posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii

- udzielającego świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;]

<13) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza:

a) posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub

b) odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub

c) posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej

– udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód 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;

<14a) migracja ubezpieczonych – korzystanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z innymi oddziałami wojewódzkimi Funduszu, lub nabywanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, leków i wyrobów medycznych, bezpłatnie, za opłatą ryczałtową albo za częściową odpłatnością, w aptekach działających na terytorium innych oddziałów wojewódzkich Funduszu;>

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);

<15a) Narodowy Rachunek Zdrowia – zestawienie wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, uwzględniające źródła finansowania ochrony zdrowia, dostawców usług medycznych oraz funkcje tych usług, oparte na zasadach przejrzystości i rzetelności gromadzonych danych;>

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.);

- 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, z 2003 r. Nr 190, poz. 1864 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959) 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, z 2003 r. Nr 190, poz. 1864 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959);
- 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, z 2003 r. Nr 229, poz. 2273 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 873) 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, z późn. zm.), lub ustawy z dnia 7 marca 2007 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich (Dz. U. Nr 64, poz. 427);]*
- <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, z 2003 r. Nr 229, poz. 2273 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 873) 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, z 2004 r. Nr 42, poz. 386, Nr 148, poz. 1551 i Nr 162, poz. 1709 oraz z 2005 r. Nr 10, poz. 64), oraz osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy;>**
- 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;]*
- <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), 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, udzielając 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;]*

<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, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece 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 ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;*

[28) *położna podstawowej opieki zdrowotnej - położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie 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;]*

<28) położna podstawowej opieki zdrowotnej – położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej 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;]*

<32) przepisy o koordynacji – przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, określone w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, 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. 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 oraz rozporządzeniu Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń;>

- 33) stan nagły - stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410);
- 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 procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:
- a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,
 - b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;
- 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 wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,

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

<c) państwową jednostkę budżetową, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 i Nr 169, poz. 1420 oraz z 2006 r. Nr 45, poz. 319 i Nr 104, poz. 708), tworzoną i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,>

d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;

- 42) procedura medyczna - postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej 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;
- 44a) uprawniony żołnierz lub pracownik - żołnierz lub pracownik wojska, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. Nr 162, poz. 1117 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135), który doznał urazu lub zachorował podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa;
- 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.

[Art. 10.

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

- 1) ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa;*
- 2) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego;*
- 3) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do 15. dnia miesiąca następującego po zakończeniu danego kwartału, kwartalnych informacji o programach zdrowotnych.]*

<Art. 10.

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

- 1) ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa;
 - 2) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego;
 - 3) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na ten rok.
2. Informacje o programach zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 3, art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1 i art. 9 pkt 1, zawierają w szczególności:
- 1) nazwę programu zdrowotnego;
 - 2) określenie jednostki samorządu terytorialnego opracowującej, wdrażającej, realizującej i finansującej program zdrowotny;
 - 3) rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu zdrowotnego.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób oraz terminy przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzór dokumentu zawierającego te informacje, biorąc pod uwagę zakres danych określonych w ust. 2.>

Art. 11.

1. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:
 - 1) prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
 - 2) ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi;
 - 3) opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją;
 - 4) finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych w zakresie i na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 15 ust. 3;
 - <4a) finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych w zakresie i na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 15 ust. 3 oraz innych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 181, poz. 1410), w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;>**
 - 5) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;
 - 6) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie określonym w dziale VII;

- 7) zatwierdzanie planu finansowego Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
- 8) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu;
- [9) przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 30 czerwca roku następnego informacji o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz sprawozdania finansowego Funduszu.]*
- <9) przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdania rocznego z działalności Funduszu przygotowanego w trybie, o którym mowa w art. 187.>**
- <1a. Minister właściwy do spraw zdrowia oblicza średnie koszty, o których mowa w art. 94 i 95 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72, uwzględniając w szczególności Narodowy Rachunek Zdrowia.**
- 1b. Narodowy Rachunek Zdrowia opracowywany jest na podstawie badań prowadzonych na zasadzie obowiązku w rozumieniu ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.).**
- 1c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Główny Urząd Statystyczny, organy administracji rządowej, organy jednostek samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje podejmujące czynności w zakresie organizowania, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielają nieodpłatnie informacji koniecznych do obliczeń, o których mowa w ust. 1a.**
- 1d. Na potrzeby obliczeń, o których mowa w ust. 1a, przez świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego należy rozumieć wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej, których koszt został poniesiony przez jednostki należące do sektora finansów publicznych, wymienione w przepisach o finansach publicznych.>**
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.]*
- <2) zatwierdzanie sprawozdania finansowego Funduszu, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, oraz przedkładanie sprawozdania wraz z opinią ministra właściwego do spraw zdrowia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia roku następującego po roku, którego to sprawozdanie dotyczy.>**

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:]

<Przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie 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.);
- 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, z późn. zm.);
- 3) art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485);
- 4) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.);
- 5) art. 117 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. Nr 128, poz. 1175 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 179, poz. 1842);
- 6) przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.) - w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń;
- 7) przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 8) (uchylony).

<Art. 12a.

Przepisów ustawy, z wyłączeniem przepisów określających zasady i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej oraz przepisów określających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie stosuje się wobec osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie 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.).>

[Art. 13.

1. Świadczeniobiorcy inni niż ubezpieczeni, którzy:
- 1) nie ukończyli 18. roku życia,
 - 2) są w okresie ciąży, porodu i połogu
- 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 połogiem.
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. 13.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.>

<Art. 13a.

Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3,
- 2) o których mowa w art. 12 pkt 2-5 i w art. 12a

– uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.>

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;]
- <13) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;>**
- <13a) opiekę paliatywną i 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;
 - 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 dokonujące oceny 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;]*
- <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, orzecznictwa o niepełnosprawności 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, odpowiednio, 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.]

- <4. Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, 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. 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.]

<1. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie:

- 1) zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku szpitali;
- 2) kierownika świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;
- 3) świadczeniodawcy – w przypadku innym niż określone w pkt 1 i 2.>

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 albo położna.

<2a. W przypadku gdy zespół oceny przyjęć działa przy publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, rada społeczna, o której mowa w art. 44b i 44c ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, może wyznaczyć do zespołu oceny przyjęć swojego przedstawiciela wykonującego zawód medyczny i niebędącego zatrudnionym w tym zakładzie.>

[3. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, wyznacza przewodniczącego zespołu spośród osób, o których mowa w ust. 2, a także określa tryb pracy.]

<3. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, wyznacza przewodniczącego zespołu spośród osób, o których mowa w ust. 2, a także określa tryb pracy zespołu.>

4. *[Do zadań zespołu oceny przyjęć należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:]* **<Do zadań zespołu oceny przyjęć, kierownika świadczeniodawcy albo świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, 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.]
- <5. Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1.
6. Jeżeli u świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, 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 pkt 1, działa zespół zarządzania jakością, spełniający warunki określone w ust. 2, wykonuje on zadania, o których mowa w ust. 4 i 5.>

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.]
- <1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informację zawierającą:
 - 1) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;
 - 2) listy oczekujących na udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, na podstawie umowy z Funduszem, obejmujące zakres przedmiotowy świadczeń oraz dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.>
 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. 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. 25.

- 1. Fundusz finansuje koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, udzielonych zgodnie z przepisami o koordynacji, oraz wynikające z art. 26.**
- 2. Prezes Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanym dalej „wnioskodawcą”, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania, instytucji miejsca pobytu lub instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej „podmiotem uprawnionym”, zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych albo kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w przypadkach o których mowa w przepisach o koordynacji.**

3. **Prezes Funduszu lub dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wydać wnioskodawcy, na wniosek podmiotu uprawnionego, zgodę na pokrycie kosztów transportu sanitarnego do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia lub gdy przewidywane koszty leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.**
4. **Decyzje, o których mowa w ust. 2 i 3, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.**
5. **Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia:**
 - 1) tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku, o którym mowa w ust. 2 i 3,
 - 2) tryb pokrywania kosztów transportu, o którym mowa w ust. 3**– mając na względzie dobro wnioskodawcy oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania poza granicami kraju, a także gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.**
6. **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, kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisów o koordynacji.>**

[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. 26.

- 1. Prezes Funduszu może na wniosek wnioskodawcy, o którym mowa w art. 25, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, skierować wnioskodawcę 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 wnioskodawcy.**
- 2. W przypadkach określonych w ust. 1 Prezes Funduszu może wydać wnioskodawcy, na jego wniosek albo na wniosek jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, zgodę na pokrycie kosztów transportu sanitarnego do miejsca udzielenia świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej lub państwem członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.**
- 3. Decyzje, o których mowa w ust. 1 i 2, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.**
- 4. Koszty leczenia, badań diagnostycznych lub transportu sanitarnego wynikające z ust. 1 i 2 są finansowane z budżetu państwa.**
- 5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw wewnętrznych, określi, w drodze rozporządzenia:**
 - 1) tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1 i 2,**
 - 2) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w ust. 1 i 2****– mając na względzie dobro wnioskodawcy, a także zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju, a także gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.>**

Art. 36.

1. Leki podstawowe, leki uzupełniające oraz leki recepturowe 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.
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 4,25 zł w przypadku leku podstawowego oraz kwoty 12,74 zł w przypadku leku recepturowego.
- 3a. Kwoty, o których mowa w ust. 3, są waloryzowane w każdym roku średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, ustalonym w ustawie budżetowej.

[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, z późn. zm.) 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.]*

<4. Leki nieposiadające pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzone z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne mogą być wydawane po wniesieniu przez świadczeniobiorcę opłaty ryczałtowej za opakowanie jednostkowe, pod warunkiem wydania zgody na refundację leku przez Prezesa Funduszu, który uwzględni w szczególności jego skuteczność kliniczną, bezpieczeństwo i cenę w porównaniu z lekami o tym samym wskazaniu terapeutycznym, posiadającymi pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.>

<4a. Prezes Funduszu rozpatruje wystąpienie o refundację leku, o którym mowa w ust. 4, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia wystąpienia o refundację tego leku przez wystawiającego zapotrzebowanie lub świadczeniobiorcę.

4b. Wystąpieniem o refundację leku, o którym mowa w ust. 4, jest złożenie przez wystawiającego zapotrzebowanie lub świadczeniobiorcę, potwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zapotrzebowania, o którym mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.>

[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.]*

<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
- biorąc pod uwagę stanowiska wyrażone przez 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, z późn. zm.), zwany dalej „Zespołem”, a także 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 nie rzadziej niż co 90 dni, jeżeli wpłynął co najmniej jeden kompletny wniosek, o którym mowa w art. 39 ust. 1, który nie został rozpatrzony negatywnie.>

Art. 37.

1. Świadczeniobiorcom 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) dla każdej z chorób, o których mowa w ust. 1, 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.]
- <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) dla każdej z chorób, o których mowa w ust. 1, 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– biorąc pod uwagę stanowiska wyrażone przez Zespół, a także konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków i wyrobów medycznych, bezpieczeństwo ich stosowania oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

- 3. Wykazy, o których mowa w ust. 2, są aktualizowane nie rzadziej niż co 90 dni, jeżeli wpłynął co najmniej jeden kompletny wniosek, o którym mowa w art. 39 ust. 1, który nie został rozpatrzony negatywnie.>**

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 receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty wskazującej na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.]
- <4. Apteka ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku, innego niż lek przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej lub postaci farmaceutycznej zbliżonej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena nie przekracza limitu ceny. Apteka ma obowiązek posiadać ten lek.>**
- <4a. Apteka ma obowiązek na żądanie świadczeniobiorcy wydać lek, którego cena jest niższa niż cena leku przepisanego na receptę. Nie dotyczy to sytuacji, w której wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty, wskazując na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.**
- 4b. Przepis ust. 4 i 4a stosuje się odpowiednio do wyrobów medycznych.>**
[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, art. 37 ust. 1 oraz art. 43-46, również inny lek dopuszczony do obrotu, niezamieszczony w tych wykazach, a o tej samej nazwie międzynarodowej, 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.]*
- <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 lub własnej, apteka może wydać, na zasadach określonych w art. 36 ust. 1, art. 37 ust. 1 i art. 43-46, również inny lek dopuszczony do obrotu, niezamieszczony w tych wykazach, a o tej samej nazwie**

- międzynarodowej lub własnej, tej samej dawce, wielkości opakowania i drodze podania, 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, określi, w drodze rozporządzenia, limity cen leków posiadających tę samą nazwę międzynarodową oraz leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, a także wyrobów medycznych wymienionych w:
- 1) wykazach leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1,
 - 2) wykazie leków i wyrobów medycznych, o którym mowa w art. 37 ust. 2 pkt 2 – uwzględniając w szczególności skuteczność i bezpieczeństwo ich stosowania, a także możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.>
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, 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.]

<1. Podmiot odpowiedzialny, przedstawiciel podmiotu odpowiedzialnego oraz importer równoległy, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, a także wytwórca wyrobów medycznych, jego autoryzowany przedstawiciel albo importer, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565), zwani dalej „wnioskodawcą”, może przez pierwszych siedem dni każdego kwartału składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o umieszczenie leków lub wyrobów medycznych w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2.>

<1a. W przypadku złożenia wniosku w terminie późniejszym niż określony w ust. 1, wniosek ten jest zwracany wnioskodawcy.

1b. Wnioski są rozpatrywane według kolejności ich wpływu.

1c. Minister właściwy do spraw zdrowia, ustalając wykazy, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, może dokonywać, w drodze decyzji, weryfikacji pod względem zasadności pozostawiania leku lub wyrobu medycznego w określonym wykazie, na podstawie kryteriów, o których mowa w ust. 2 pkt 3-10, 12 i 13.

1d. Decyzja ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w ust. 1c, jest ostateczna. Od decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

1e. Dokonanie weryfikacji, o której mowa w ust. 1c, stanowi podstawę aktualizacji wykazów, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2.>

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

- 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.]

<2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) oznaczenie (firmę) wnioskodawcy, jego siedzibę i adres;
- 2) nazwę oraz szczegółowe informacje dotyczące leku lub wyrobu medycznego;
- 3) proponowaną cenę;
- 4) średnią cenę sprzedaży w Rzeczypospolitej Polskiej w ciągu ostatnich dwóch lat, w podziale na poszczególne lata, jeżeli dotyczy;
- 5) ceny w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej;
- 6) wielkość realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku, jeżeli dotyczy;
- 7) udowodnioną dostępność do leku lub wyrobu medycznego w chwili składania wniosku;
- 8) zobowiązanie do zapewnienia ciągłości dostaw, w przypadku umieszczenia leku lub wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2;
- 9) dzienny koszt terapii;
- 10) średni koszt i czas standardowej terapii;
- 11) numer pozwolenia oraz kopię decyzji dopuszczenia do obrotu, jeżeli dotyczy;
- 12) uzasadnienie wniosku i proponowanej ceny;
- 13) analizę skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej oraz analizę wpływu na ogólne koszty refundacji dla leku, którego substancja czynna nie jest umieszczona w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, oraz analizę wpływu na ogólne koszty refundacji dla leku, którego substancja czynna jest umieszczona w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, i dla jego odpowiednika.>

<2a. Złożenie wniosku, o którym mowa w ust. 1, podlega opłacie w kwocie 400 zł, która jest waloryzowana w każdym roku prognozowanym średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług ogółem, przyjętym w ustawie budżetowej.

2b. Uzupelnienie wniosku, o którym mowa w ust. 1, podlega opłacie w kwocie 200 zł, która jest waloryzowana w każdym roku prognozowanym średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług ogółem, przyjętym w ustawie budżetowej.

2c. Opłaty, o których mowa w ust. 2a i 2b, są wnoszone na rachunek urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i stanowią dochód budżetu państwa.>

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, z 2002 r. Nr 144, poz. 1204, z 2003 r. Nr 137, poz. 1302 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959), zwany dalej "Zespołem".
4. Zespół nie rozpatruje wniosku, o którym mowa w ust. 1, jeżeli nie spełnia on wymogów określonych w ust. 2.
- [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.]
- <6. Wniosek rozpatruje się w ciągu 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 termin ten ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia danych. W przypadku gdy wniosek nie zawiera wymaganych danych, minister właściwy do spraw zdrowia niezwłocznie informuje wnioskodawcę o konieczności ich uzupełnienia w wyznaczonym terminie.**
7. W przypadku gdy procedura umieszczenia leku lub wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, występuje łącznie z rozpatrywaniem informacji lub wniosku o ustalenie ceny urzędowej, o których mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, łączny termin rozpatrywania wniosków lub informacji nie powinien przekroczyć 180 dni. W przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosków łącznie lub w przypadku zwrócenia się wnioskodawcy do ministra właściwego do spraw zdrowia o ponowne rozpatrzenie wniosku, o którym mowa w ust. 1, bieg tego terminu ulega zawieszeniu odpowiednio do dnia otrzymania uzupełnienia danych albo do dnia otrzymania wniosku o ponowne rozpatrzenie albo upływu terminu do złożenia tego wniosku.>
- <7a. W przypadku złożenia w okresie, w jakim dany wniosek o ustalenie ceny urzędowej powinien być rozpatrzony, wniosków w liczbie przekraczającej 10% przeciętnej liczby wniosków będących podstawą ustalenia poprzednich wykazów cen urzędowych, o których mowa w art. 5 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, termin jego rozpatrzenia może być jednorazowo przedłużony o 60 dni. W takim przypadku Zespół niezwłocznie informuje wnioskodawcę o przedłużeniu terminu, o którym mowa w ust. 6. Podstawą ustalenia przeciętnej liczby wniosków jest średnia liczba wniosków będących podstawą ustalenia trzech poprzednich wykazów cen urzędowych.**

7b. Jeżeli wniosek w sprawie zmiany ceny dla leku lub wyrobu medycznego znajdującego się w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, nie zostanie rozpatrzony w terminie, o którym mowa w ust. 6, z uwzględnieniem ust. 7a, to wnioskowaną cenę uwzględnia się w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, zgodnie z art. 5 ust. 4c tej ustawy.>

[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.]

<9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1, sposób jego składania oraz format przekazywanych danych, z uwzględnieniem przepisów ust. 2, mając na względzie zapewnienie jednolitości zakresu i rodzaju danych.>

<Art. 39a.

- 1. Tworzy się Rejestr Korzyści, zwany dalej „Rejestrem”.**
- 2. W Rejestrze ujawniane są korzyści uzyskiwane przez członków grup i zespołów biorących udział w pracach nad przygotowaniem wykazów, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2.**
- 3. Do Rejestru należy zgłaszać informacje o:**
 - 1) wszystkich pełnionych i zajmowanych stanowiskach i zajęciach, z tytułu których pobiera się wynagrodzenie, oraz pracy zawodowej wykonywanej na własny rachunek;**
 - 2) faktach materialnego wspierania działalności publicznej prowadzonej przez zgłaszającego informacje;**
 - 3) darowiznie, jeżeli jej wartość przekracza 20% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 20 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.);**
 - 4) wyjazdach krajowych lub zagranicznych, jeżeli ich koszt nie został pokryty przez zgłaszającego informacje lub jego małżonka albo instytucje ich zatrudniające;**
 - 5) innych uzyskanych korzyściach, o wartościach większych niż wskazane w pkt 3, niezwiązanych z zajmowaniem stanowisk lub wykonywaniem zajęć albo pracy zawodowej, o których mowa w pkt 1.**
- 4. Do Rejestru należy także zgłaszać informacje o udziale w organach fundacji, spółek handlowych lub spółdzielni, nawet wówczas, gdy z tego tytułu nie pobiera się żadnych świadczeń pieniężnych.**
- 5. Przy podawaniu informacji zgłaszający informacje jest obowiązany zachować największą staranność i kierować się swoją najlepszą wiedzą.**

6. Informacje do Rejestru są zgłaszane za każdy rok kalendarzowy do dnia 31 stycznia roku następnego.
7. Wszystkie zmiany informacji objętych Rejestrem należy zgłosić nie później niż w terminie 30 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących obowiązek zmiany informacji objętych Rejestrem.
8. Nowo powołani członkowie grup i zespołów, o których mowa w ust. 2, zgłaszają informacje, o których mowa w ust. 3 i 4, w terminie 30 dni od dnia ich powołania, za okres 12 miesięcy poprzedzających dzień powołania.
9. Rejestr jest jawny. Rejestr prowadzi minister właściwy do spraw zdrowia.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia raz w roku podaje do publicznej wiadomości w Biuletynie Informacji Publicznej informacje objęte Rejestrem.
11. W przypadku niezgłoszenia informacji do Rejestru w terminie, o którym mowa w ust. 6 albo ust. 8, lub niezgłoszenia zmian danych objętych Rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 7, członka grupy albo zespołu, o których mowa w ust. 2, odwołuje się niezwłocznie.
12. Informacje, o których mowa w ust. 3 i 4, obejmują również informacje o korzyściach uzyskanych przez małżonka członka grupy albo zespołu, o których mowa w ust. 2.
13. Informacje, o których mowa w ust. 3 i 4, są przechowywane w Rejestrze przez 10 lat od dnia powołania członka grupy albo zespołu, o których mowa w ust. 2.

Art. 39b.

1. Osoby niebędące członkami grup lub zespołów, o których mowa w art. 39a ust. 2, przed przyjęciem zlecenia na przygotowanie ekspertyzy albo innego opracowania dla grupy lub zespołu, są obowiązane każdorazowo do złożenia do Rejestru oświadczenia zawierającego informacje, o których mowa w art. 39a ust. 3 i 4, za ostatnie 12 miesięcy poprzedzających złożenie oświadczenia.
2. Zlecenia można udzielić wyłącznie osobie, która złożyła oświadczenie, o którym mowa w ust. 1.
3. Do osób, o których mowa w ust. 1, przepisy art. 39a ust. 5, 10, 12 i 13 stosuje się odpowiednio.

Art. 39c.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wzór zgłoszenia do Rejestru informacji, o których mowa w art. 39a ust. 3 i 4,
- 2) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 39b ust. 1,
- 3) sposób prowadzenia i wzór Rejestru

– mając na uwadze zakres niezbędnych danych zawartych w Rejestrze lub oświadczeniu.>

[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, oraz w określone, w drodze rozporządzenia, przez ministra właściwego do spraw zdrowia leki, które zasłużony honorowy dawca krwi może stosować w związku z oddawaniem krwi, na podstawie*

recepty wystawionej przez 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.

2. *Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 1.*
3. *Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do świadczeniobiorców, którzy posiadają tytuł "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" i przedstawią legitymację "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu".]*

<Art. 43.

1. **Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu, o którym mowa w art. 38 ust. 1, zaopatrzenie w leki objęte wykazami:**
 - 1) **leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1,**
 - 2) **leków, które świadczeniobiorca posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów**
– **na podstawie recepty wystawionej przez 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.**
2. **Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 1.**
3. **Osoba realizująca receptę jest obowiązana do odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.**
4. **Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz leków, które świadczeniobiorca posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów, uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony jego zdrowia, dostępność do leków, bezpieczeństwo ich stosowania oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.>**

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.**
 - 1a. **Uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki umieszczone w wykazach leków podstawowych i uzupełniających oraz leki recepturowe**

na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

2. Osobom, o których mowa w ust. 1 i 1a, 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.

<5. Osoba realizująca receptę jest obowiązana odnotować na rewersie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.>

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,

4) które są cywilnymi niewidomymi ofiarami działań wojennych

- 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.

<5a. Osoba realizująca receptę jest obowiązana odnotować na rewersie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.>

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.]*

<1. Inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolami „Rp” lub „Rpz”, dopuszczone 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.

<6. Osoba realizująca receptę jest obowiązana do odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.>

Art. 47a.

1. Świadczeniobiorca będący żywym dawcą narządu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411) ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzanych przez zakład opieki zdrowotnej, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat.
2. Zakład opieki zdrowotnej, który dokonał pobrania narządu, przekazuje niezwłocznie wyniki badań, o których mowa w ust. 1, do rejestru żywych dawców prowadzonego na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w ust. 1.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaj i zakres badań żywych dawców narządu wykonywanych w ramach monitorowania ich stanu zdrowia, mając na uwadze kontrolę ich stanu zdrowia związanego z oddaniem narządu.

<Art. 47b.

Osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.>

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.]*
- <4. W przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez inne niż Fundusz podmioty, o których mowa w ust. 1, wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.**
- 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 15 dni przed upływem wyznaczonego 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, 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.
9. Do wyboru realizatora programu zdrowotnego nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

[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 za wydanie nowej karty 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. 49.

- 1. Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiającym potwierdzenie wykonania 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 nieposiadania numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 4) numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 5) dwuznakowy kod ISO 3166-1 dla Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 6) datę ważności karty;
 - 7) numer identyfikacyjny karty.
- 4. Funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić również inny dokument typu elektronicznego, o ile zawiera dane wskazane w ust. 3 pkt 1-3 oraz spełnia funkcje, o których mowa w ust. 1.**
- 5. Karta ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić funkcję Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.**
- 6. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest wydawana bezpłatnie. W przypadku utraty karty ubezpieczenia zdrowotnego za wydanie nowej karty pobiera się opłatę w wysokości 1,5 % minimalnego wynagrodzenia.**

7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, zwolnić ubezpieczonego z obowiązku ponoszenia opłaty, o której mowa w ust. 6. Przepisy art. 109 i 110 stosuje się odpowiednio.
8. W przypadku posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego lub innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty lub dokumentu, osoba ta jest obowiązana do zwrotu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych po utracie prawa do tych świadczeń.
9. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz sposób jej wykonania, uwzględniając przepisy Unii Europejskiej w sprawie wzoru Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego,
 - 2) wzór wniosku o wydanie karty ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 3) szczegółowy zakres danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz ich format,
 - 4) tryb wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego– uwzględniając konieczność identyfikacji ubezpieczonych, potwierdzania prawa ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej i elektronicznego potwierdzania wykonanych świadczeń, konieczność zapewnienia przejrzystości danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz sprawność postępowania w sprawie wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego.
10. Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 9, może także określać dokumenty mogące pełnić funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględniając możliwość potwierdzenia przez te dokumenty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcję potwierdzenia udzielenia tych świadczeń.>

[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. 51.

1. **W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii**

- Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), oddział wojewódzki Funduszu wydaje Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.
2. Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, 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), wydaje Mazowiecki Oddział Wojewódzki Funduszu.
 4. Przepisy wydane na podstawie art. 49 ust. 6 pkt 3 stosuje się odpowiednio.>

[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. 53.

1. **Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji jest poświadczenie wydawane przez Fundusz lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń, wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą.**
2. **Jeżeli poświadczenie albo dokument, o których mowa w ust. 1, 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 tę 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.
 9. Przepisów ust. 1-8 nie stosuje się do medycznych czynności ratunkowych udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni przez jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w warunkach pozaszpitalnych.]

<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. Decyzja, o której mowa w ust. 1, powinna zawierać numer PESEL.**
- 3. 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.
4. 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.
5. 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 urzędu lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, z urzędu lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie kopię tej decyzji właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu.
7. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 1, przysługuje przez okres 90 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest:
 - 1) dzień złożenia wniosku,
 - 2) w przypadku udzielania świadczeń w stanie nagłym – dzień udzielenia świadczenia– chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.
8. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, z urzędu przez wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje od dnia określonego w decyzji przez okres 90 dni od tego dnia.
9. 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. 7 i 8:
 - 1) świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym lub
 - 2) w przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 10.
10. 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:
 - 1) każdej zmianie w sytuacji dochodowej lub majątkowej;
 - 2) objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym.

11. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może upoważnić kierownika ośrodka pomocy społecznej do załatwiania spraw i wydawania decyzji w jego imieniu dotyczących potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
12. Przepisów ust. 1-11 nie stosuje się do medycznych czynności ratunkowych udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni przez jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w warunkach pozaszpitalnych.>

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;]

<10) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów;>

 - 10a) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
 - 11) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie leczenia odwykowego;
 - 12) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

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, oraz informacji, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 2, 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 i informacji, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 2, 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. 188 i informacji, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 2, 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. 188 i art. 190 ust. 2.

<Art. 63a.

1. **Osoby prowadzące obrót lekami lub wyrobami medycznymi oraz osoby świadczące usługi farmaceutyczne nie mogą żądać lub przyjmować nieuzasadnionej korzyści majątkowej dla siebie lub osoby trzeciej, w zamian za wykonanie lub powstrzymanie się od wykonania obowiązku służbowego, jeżeli jej uzyskanie jest uzależnione bezpośrednio lub pośrednio:**
 - 1) od poziomu obrotu lekami lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych;
 - 2) od takich działań tych osób, które prowadzą do zwiększenia poziomu sprzedaży leków lub wyrobów medycznych podlegających refundacji ze środków publicznych.
2. **Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, felczer ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarz lub felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, którzy posiadają uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarli z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą do wystawiania recept na leki podlegające refundacji ze środków publicznych, nie mogą żądać lub przyjmować nieuzasadnionej korzyści majątkowej dla siebie lub osoby trzeciej, w zamian za wykonanie lub powstrzymanie się od wykonania obowiązku służbowego, które prowadzą do zwiększenia poziomu sprzedaży leków lub wyrobów medycznych podlegających refundacji ze środków publicznych.**
3. **Osoby zaopatrujące świadczeniodawcę w leki i wyroby medyczne oraz świadczeniodawcy nie mogą żądać lub przyjmować nieuzasadnionej korzyści majątkowej dla siebie lub osoby trzeciej, w zamian za wykonanie lub powstrzymanie się od wykonania obowiązku służbowego, jeżeli jej uzyskanie jest uzależnione od zakupu leku lub wyrobu medycznego podlegającego finansowaniu ze środków publicznych.**

4. Zabrania się oferowania, obiecywania lub udzielania korzyści, o których mowa w ust. 1-3.

Art. 63b.

1. Kierownik apteki jest obowiązany, w ramach kontroli, o której mowa w art. 189, udostępnić podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w terminie określonym przez ten podmiot, informacje o treści każdej umowy, w tym także uzgodnienia dokonanego w jakiegokolwiek formie, pomiędzy apteką a hurtownią farmaceutyczną, których celem jest nabycie leków lub wyrobów medycznych.
2. W razie stwierdzenia, na podstawie informacji, o których mowa w ust. 1, naruszenia przepisów art. 63a podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych niezwłocznie powiadamia o tym wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego i Głównego Inspektora Farmaceutycznego.
3. Podmiot realizujący zaopatrzenie w zakresie środków pomocniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi jest obowiązany, w ramach kontroli, o której mowa w art. 64, udostępnić podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w terminie określonym przez ten podmiot, informacje o treści każdej umowy, w tym także uzgodnienia dokonanego w jakiegokolwiek formie, pomiędzy podmiotem a dostawcą, których celem jest nabycie środków pomocniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi.

Art. 63c.

1. Przedsiębiorca zajmujący się wytwarzaniem lub obrotem lekami lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych nie może:
 - 1) różnicować cen tych leków lub wyrobów medycznych w umowach z hurtowniami farmaceutycznymi, w tym także stosować uciążliwych lub niejednorodnych warunków tych umów;
 - 2) uzależniać zawarcia umowy od przyjęcia lub spełnienia przez hurtownię farmaceutyczną innego świadczenia, niemającego rzeczowego ani zwyczajowego związku z przedmiotem umowy.
2. Czynności prawne sprzeczne z ust. 1 są w całości lub w odpowiedniej części nieważne.
3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się do umów zawieranych pomiędzy podmiotem realizującym zaopatrzenie w zakresie środków pomocniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi dostawcom tych środków i wyrobów.>

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) przestrzegania zasad wystawiania recept[.]<;>

<5) dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.>

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. 173 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.

<5a. Osoba przeprowadzająca kontrolę, zwana dalej „kontrolerem”, może sporządzać lub zażądać od świadczeniodawcy sporządzenia niezbędnych odpisów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń sporządzanych na podstawie dokumentów.

5b. Zgodność z oryginałami dokumentów, odpisów i wyciągów oraz zestawień i obliczeń, o których mowa w art. 5a, potwierdza świadczeniodawca lub osoba przez niego upoważniona. W przypadku odmowy, potwierdzenia dokonuje kontroler.>

[6. Z przebiegu przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, który jest podpisywany przez osobę przeprowadzającą kontrolę i świadczeniodawcę.]

<6. Z przebiegu przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, który jest podpisywany przez kontrolera i świadczeniodawcę.>

<6a. Świadczeniodawca może w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli zgłosić na piśmie zastrzeżenia do tego protokołu.

6b. Zastrzeżenia do protokołu kontroli rozpatruje kontroler w terminie 14 dni. Kontroler dokonuje ich analizy i w miarę potrzeby podejmuje dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń zmienia lub uzupełnia odpowiednią część protokołu kontroli.

6c. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części kontroler niezwłocznie przekazuje na piśmie swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia.

6d. Świadczeniodawca może odmówić podpisania protokołu, składając w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy.

6e. O odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontroler czyni wzmiankę w protokole.

6f. Odmowa podpisania protokołu przez świadczeniodawcę nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustaleń kontroli.>

[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.]

<7. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych sporządza wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia 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.]

<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 wykonania zaleceń 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.

11. Przepisy ust. 1-10 stosuje się odpowiednio do przeprowadzania kontroli umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

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;
 - 8a) funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego;
 - 8b) funkcjonariusze Służby Kontrwywiadu Wojskowego;
 - 8c) funkcjonariusze Służby Wywiadu Wojskowego;
 - 9) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu;
 - 10) funkcjonariusze Straży Granicznej;
 - 11) funkcjonariusze Służby Celnej;
 - 12) funkcjonariusze Służby Więziennej;
 - 13) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;
 - 14) posłowie pobierający uposażenia poselskie, posłowie do Parlamentu Europejskiego wybrani w Rzeczypospolitej Polskiej, pobierający z tego tytułu uposażenie oraz senatorowie pobierający uposażenie senatorskie;
 - 15) sędziowie i prokuratorzy;
 - <15a) ławnicy sądowi niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;>**
 - 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 ust. 8 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;
- 24a) osoby pobierające stypendium w okresie odbywania stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające 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.) niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 26) osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 27) uchodźcy objęci indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 28) osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 29) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 30) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 31) kombatanci i osoby represjonowane niepodlegający ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty;

- 31a) cywilne niewidome ofiary działań wojennych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 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;]*
- <34) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. 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;]*
- <35) członkowie rad nadzorczych posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.>**
- 36) aplikanci Krajowego Centrum Szkolenia Kadr Sądów Powszechnych i Prokuratury.
- [2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 17-20, 24, 24a, 26-28, 30 i 33.]*
- <2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 17-20, 26-28, 30 i 33.>**
3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do małżonków, wobec których orzeczono separację prawomocnym wyrokiem sądu.

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.]*
- <1. Osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, pracownik przebywający na urlopie bezpłatnym lub osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, do której ma zastosowanie art. 13 ust. 2 lit. f rozporządzenia Rady (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 149 z 5.07.1971, str. 2, z późn. zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 1, str. 35), może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.>**
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 opłacaniu 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 opłacaniu 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 opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku;
 - 2) 50 % dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu 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.]

<3. Pracownik korzystający z urlopu bezpłatnego traci prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu.>

4. Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego każda osoba może ubezpieczyć się na zasadach określonych w art. 68.

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;
- 7a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24a, powstaje z dniem nabycia prawa do stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do niego;
- 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;
- 14a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31a, powstaje z dniem złożenia w organie rentowym, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, oświadczenia o braku innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem ustania tego warunku;
- 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;]

<17) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, powstaje z dniem powołania na członka rady nadzorczej, a wygasa w dniu zaprzestania pełnienia tej funkcji;>

18) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, powstaje z dniem przyznania stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do jego pobierania.

Uwaga: art. 73 pkt 18 dodany przez art. 7 pkt 2 ustawy z dnia 29 marca 2007 r. o zmianie ustawy o Krajowym Centrum Szkolenia Kadr Sądów Powszechnych i Prokuratury oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.07.64.433) z dniem 1 stycznia 2008 r.

<18) ławników sądowych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, powstaje z dniem wyboru na stanowisko ławnika sądowego, a wygasa z dniem upływu kadencji lub wcześniejszego wygaśnięcia mandatu.>

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.

<3a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego sąd, w którym ławnik pełni swoją funkcję.>

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.
- 9a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot kierujący (beneficjent) na staż lub przygotowanie zawodowe w miejscu pracy, którym jest:
 - 1) jednostka samorządu terytorialnego i jej jednostka organizacyjna - z wyjątkiem wojewódzkiego i powiatowego urzędu pracy,
 - 2) Ochotniczy Hufiec Pracy,
 - 3) agencja zatrudnienia,
 - 4) instytucja szkoleniowa,
 - 5) instytucja dialogu społecznego,
 - 6) instytucja partnerstwa lokalnego,
 - 7) organizacja pozarządowa działająca na rzecz rozwoju zasobów ludzkich i przeciwdziałania bezrobociu,
 - 8) jednostka naukowa,
 - 9) organizacja pracodawców,
 - 10) związek zawodowy,
 - 11) ośrodek doradztwa rolniczego,
 - 12) ośrodek poradnictwa zawodowego i psychologicznego- korzystający z budżetu państwa, państwowych funduszy celowych lub ze źródeł zagranicznych na podstawie umowy o dofinansowanie projektu albo decyzji, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz. U. Nr 116, poz. 1206, z 2005 r. Nr 90, poz. 759 i Nr 267, poz. 2251 oraz z 2006 r. Nr 149, poz. 1074) albo na podstawie ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. Nr 227, poz. 1658).
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 kierujący do uczestnictwa w zajęciach w centrum integracji społecznej.
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.
- 14a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, w której zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w art. 73 pkt 14a.
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.]
- <17. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot, w którym działa rada nadzorcza.>**
18. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowe Centrum Szkolenia Kadr Sądów Powszechnych i Prokuratury.

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 zgłaszaną 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;
- <4a) płeć;>**

- 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:]* **<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 odpowiednio do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego 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. 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 działań specjalnych produkcji rolnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników opłaca ponadto 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.]*
- <2. Rolnik prowadzący działalność w zakresie działań specjalnych produkcji rolnej w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników**

opłaca ponadto 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 minimalnego wynagrodzenia;**
 - 2) **odpowiadającej minimalnemu wynagrodzeniu, 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 minimalnego wynagrodzenia.>**
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 dla 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;**<1a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, jest kwota uzyskiwanej diety;>**

- 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 80 % wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, z zastrzeżeniem art. 243;]*
- <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 wysokości zasiłku dla bezrobotnych;>**
- 5a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24a, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium;
- [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 80 % wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, z zastrzeżeniem art. 243;]*
- <6) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 25, jest kwota zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, a w przypadku niepobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego – kwota odpowiadająca wysokości świadczenia przedemerytalnego;>**
- 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;
- 9a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31a, jest kwota odpowiadająca wysokości renty socjalnej;
- 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

pielęgniacyjnego 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;]

<12) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, jest kwota przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych otrzymywanego z tytułu pełnionej funkcji.>

13) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium.

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.]
- <2. W przypadku gdy w ramach jednego z tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego wymienionych w art. 66 ust. 1 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 opłacaniu składek z innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.
7. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 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.), 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 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.
- <3. Przy opłacaniu składki na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczony wymieniony w ust. 2 podaje:**
- 1) nazwisko i imię;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer PESEL, a w przypadku jego nienadania - numer i serię innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego wymienionego w ust. 2 lub numer dokumentu potwierdzającego jego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji i, jeżeli nadano, numer NIP;
 - 4) okres, którego dotyczy składka na ubezpieczenie zdrowotne.>

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.) - 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.
 - 6a. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24a, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot kierujący (beneficjent) na staż lub przygotowanie zawodowe w miejscu 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 oraz posła do Parlamentu Europejskiego wybranego w Rzeczypospolitej Polskiej składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Kancelaria Sejmu, a za osobę pobierającą uposażenie senatora - 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.
 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.]
 - <16. Za członka rady nadzorczej składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot, w którym działa rada nadzorcza.>**
 - <17. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza sąd, w którym ławnik pełni swoją funkcję.>**
-

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 kierujący do uczestnictwa w zajęciach w centrum integracji społecznej;
- 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 31a i 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;
- 15) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, opłaca Krajowe Centrum Szkolenia Kadr Sądów Powszechnych i Prokuratury.

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, postulików, 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 ustały 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 oraz świadczeń pieniężnych dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych 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;
 - 3) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 36 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.
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. 188 ust. 4 pkt 1 i 7-9, 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 o 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.]

<7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane o ubezpieczonych oraz zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego członkach rodzin ubezpieczonych, określone w art. 188 ust. 4 pkt 1, 7-9 i 13, oraz o opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i 3, i w imiennym raporcie miesięcznym, oraz o 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. 188 ust. 4 pkt 1, 3-4 i 7-10, 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.]

<9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7-10 i 13, zawarte w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i 3, 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.

<10a. Do 10 dnia każdego miesiąca organ prowadzący centralną ewidencję PESEL przekazuje do centrali Funduszu w formie elektronicznej:

- 1) **zbiór nowo nadanych w poprzednim miesiącu numerów PESEL i odpowiadające im: imiona, nazwiska i nazwiska rodowe oraz wskazanie rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość danej osoby;**
- 2) **zbiór zawierający numery PESEL i odpowiadające im imiona, nazwiska i nazwiska rodowe osób, których zgon został zgłoszony w poprzednim miesiącu;**
- 3) **informacje o zmianie danych objętych zbiorami, o których mowa w pkt 1 i 2.**

10b. Format przekazywanych danych, o których mowa w ust. 10a, uzgadnia organ prowadzący ewidencję numerów PESEL i Fundusz.>

11. Rada Ministrów 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. 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;
 - <2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, o których mowa w art. 12 pkt 2-4 i 6 oraz art. 13;>**
 - 3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym 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;
 - 3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;
 - <3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 26;>**
 - 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) promocja zdrowia;
 - 8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
 - 9) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.
- <3a. Do zadań Funduszu należy rozliczanie z instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA):**

- 1) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a,
 - 2) kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z wyłączeniem kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego
- w stosunku do osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
- 3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a, obciąża Fundusz kosztami tych świadczeń oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadczeń wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu.
- 3c. W przypadku rozliczania przez Fundusz kosztów medycznych czynności ratunkowych udzielonych osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji przez zespoły ratownictwa medycznego, Fundusz powiadamia właściwego wojewodę o należnościach przysługujących mu z tego tytułu. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu właściwego wojewody w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu. Przepisu nie stosuje się do lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.>
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 jakiegokolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej.
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.]

<8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b, uwzględniającą koszty administracyjne.>

Art. 99.

1. [Rada Funduszu składa się z *dziewięciu osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów, przy czym:*] **<Rada Funduszu składa się z *dziesięciu osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów, przy czym:*>**

- 1) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich;
- 2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Trójstronną Komisję do Spraw Społeczno-Gospodarczych;
- 3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 5) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego;
- 6) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych[.]<=>

<7) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.>

2. Kadencja członków Rady Funduszu trwa 5 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 podmiotów, które utworzyły zakłady 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 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959);
- 6) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 7) właścicielami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 3 i 6.]

<6. Członkowie Rady Funduszu nie mogą być jednocześnie:

- 1) pracownikami Funduszu;**
 - 2) świadczeniodawcami;**
 - 3) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;**
 - 4) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 2 i 3;**
 - 5) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-8.>**
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) kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;
- 2) uchwalanie:
 - a) planu pracy Funduszu na dany rok,
 - b) rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych;
- 3) opiniowanie:
 - a) projektu planu finansowego na dany rok,
 - b) systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
- 4) przyjmowanie:
 - a) sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu,
 - b) okresowych 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;]*
- <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, a także podejmowanie uchwał w sprawach, o których mowa w art. 129 ust. 2;>**
- 6) kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu;

<6a) dokonywanie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania 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) wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców,
 - 9) wyrażanie opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców;
 - 10) (uchylony).
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 Rady Funduszu zapadają 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. 166 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. Rada Funduszu w związku z zadaniem, o którym mowa w ust. 1 pkt 1:
 - 1) może delegować swoich członków do samodzielnego wykonywania czynności kontrolnych;
 - 2) ma wgląd we wszelkie dokumenty związane z działalnością Funduszu.
 11. (uchylony).
 12. Rada Funduszu wyraża opinie, o których mowa w ust. 1 pkt 8 i 9, w terminie nie dłuższym niż 14 dni. Niewyrażenie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.
-

Art. 102.

1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.
2. Prezesa Funduszu powołuje Prezes Rady Ministrów, spośród osób należących do państwowego zasobu kadrowego, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Prezes Rady Ministrów odwołuje Prezesa Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.
- [3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych Prezes Rady Ministrów na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgnięcia opinii, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku Prezes Rady Ministrów niezwłocznie informuje o tym Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.]*
- <3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgnięcia opinii, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku Prezes Rady Ministrów powierza kierowanie Funduszem jednemu z zastępców Prezesa Funduszu i niezwłocznie informuje o odwołaniu Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.>**
4. (uchylony).
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. 5;
 - 3) zaciąganie, w imieniu Funduszu, zobowiązań, w tym pożyczek i kredytów, z zastrzeżeniem art. 100 ust. 1 pkt 5;
 - [4) przygotowywanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów;]*
 - <4) przygotowywanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 3;>**
 - 5) opracowywanie projektu planu finansowego Funduszu na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 2;
 - 6) 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;
 - 7) sporządzanie projektu planu pracy Funduszu;
 - 8) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;
 - 9) sporządzanie projektu rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na następny rok;
 - 10) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu za dany rok oraz niezwłocznie przedkładanie go ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;
- [11) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu;]*

- <11) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu, zawierających w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu;>**
- 12) nadzorowanie rozliczeń dokonywanych w ramach wykonywania przepisów o koordynacji;
 - 13) sporządzanie analiz i ocen na podstawie informacji, o których mowa w art. 106 ust. 10 pkt 5, przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu;
 - 14) przedstawianie Radzie Funduszu projektu systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
 - 15) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w centrali Funduszu;
 - 16) powoływanie i odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 17) odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na wniosek rady oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadku, o którym mowa w art. 107 ust. 4;
 - 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. 163, w terminie 3 dni roboczych od dnia ich uchwalenia;
 - 21) nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- <21a) przeprowadzanie kontroli, o której mowa w art. 64 i 189, jeżeli z uzyskanych informacji wynika konieczność przeprowadzenia takiej kontroli;>**
- 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. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu, powołuje, spośród osób należących do państwowego zasobu kadrowego, zastępców Prezesa. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje zastępców Prezesa na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.
3. Zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych powołuje, spośród osób należących do państwowego zasobu kadrowego, minister właściwy do spraw zdrowia, na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.
4. Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa określa statut Funduszu.
5. Prezesem Funduszu i jego zastępcą może zostać osoba, która:
 - 1) (uchylony);
 - 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków prezesa lub zastępcy prezesa;
 - 3) (uchylony).
- 6. 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 podmiotów, które utworzyły zakłady 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;*
 - 9) właścicielami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 4 i 5;*
 - 10) właścicielami w spółkach handlowych więcej niż 10 % akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10 % kapitału zakładowego - w każdej z tych spółek, w przypadku spółek innych niż określone w pkt 9.]*
- <6. Prezes Funduszu i jego zastępcy nie mogą być jednocześnie:**
 - 1) członkami Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;**
 - 2) pracownikami oddziałów wojewódzkich Funduszu;**

3) świadczeniodawcami;

4) właścicielami lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;

5) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty będące świadczeniodawcami oraz podmiotami, o których mowa w pkt 4;

6) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-8.>

<6a. Do głównego księgowego Funduszu stosuje się odpowiednio przepisy ust. 6 pkt 2-5.>

7. Prezes Funduszu nie może wykonywać działalności gospodarczej.

8. 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. 106.

1. W oddziałach wojewódzkich Funduszu działają rady oddziałów wojewódzkich Funduszu o charakterze opiniodawczo-nadzorczym.

2. W skład rady oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkujących na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływani przez sejmik województwa, w tym:

1) dwóch członków powoływanych z własnej inicjatywy sejmiku;

2) dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwego wojewodę;

3) jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez konwent powiatów z danego województwa;

4) dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo wojewódzką komisję dialogu społecznego;

5) jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego;

6) 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 właściwej okręgowej rady lekarskiej, okręgowej rady pielęgniarek i położnych i okręgowej rady aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

5. W przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada lekarska, okręgowa rada pielęgniarek i położnych albo okręgowa rada aptekarska, rady te

delegują wspólnego przedstawiciela do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. 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.

[7. 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 podmiotów, które utworzyły zakłady 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;
- 10) właścicielami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 6 i 7.]

<7. 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 lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 7) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 5 i 6;
- 8) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-8.>

8. Członkowie rad oddziałów wojewódzkich Funduszu wybierają spośród swojego grona przewodniczącego.

9. Rada wojewódzkiego oddziału Funduszu działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

10. Do zadań rad oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:

- 1) opiniowanie 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) kontrolowanie bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;
 - 7) występowanie do dyrektora oddziału wojewódzkiego z wnioskiem o wszczęcie kontroli w trybie art. 64;
 - 8) występowanie do dyrektora oddziału wojewódzkiego o przeprowadzenie kontroli realizacji zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 9) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
 - 10) występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 11) wydawanie opinii o kandydacie na stanowisko dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 12) występowanie z wnioskiem do Prezesa Funduszu o odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadkach, o których mowa w art. 107 ust. 4.
11. 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.
12. W celu wykonywania swoich obowiązków rada oddziału wojewódzkiego Funduszu może żądać od dyrektora oddziału wojewódzkiego sprawozdań i wyjaśnień.
13. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu nie ma prawa wydawania dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu wiążących poleceń dotyczących bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu.
14. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu w związku z zadaniem, o którym mowa w ust. 10 pkt 6:
- 1) może delegować swoich członków do samodzielnego wykonywania czynności kontrolnych;
 - 2) ma wgląd we wszelkie dokumenty związane z działalnością oddziału wojewódzkiego Funduszu.
15. 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. 7;

- 5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.
16. 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.
17. Przepisu ust. 16 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.
18. Członkom rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie przysługuje wynagrodzenie.
19. 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.]

<1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu kieruje oddziałem wojewódzkim Funduszu i reprezentuje Fundusz na zewnątrz w zakresie właściwości danego oddziału.>

2. Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje 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 albo zgodą na jego odwołanie.
3. Dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu może zostać osoba, która:
- 1) posiada wykształcenie wyższe;
 - 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków dyrektora;
 - 3) nie była prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.
4. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu może wystąpić z wnioskiem do Prezesa Funduszu o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w przypadku gdy dyrektor oddziału wojewódzkiego:
- 1) nie przedstawi radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu:
 - a) projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu,
 - b) projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu,
 - c) sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok,
 - d) corocznej prognozy przychodów i kosztów oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 2) nie udzieli, w terminie wyznaczonym przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu, informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 3) rażąco narusza obowiązki ustawowe.
5. Do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:
- 1) efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału wojewódzkiego Funduszu;

2) przygotowanie i przedstawianie radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów;

[3] *przygotowywanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;*

<3) przygotowanie i przedstawienie radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu na rok następny;>

4) sporządzanie projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;

5) realizacja planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu i planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;

6) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok;

7) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;

8) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;

9) dokonywanie wyboru realizatorów programów zdrowotnych, w tym w imieniu danego ministra;

10) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, oraz zawieranie i rozliczanie umów o realizację programów zdrowotnych;

11) realizacja zadania, o którym mowa w art. 108;

12) kontrola i monitorowanie:

a) ordynacji lekarskich,

b) realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

13) przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców i aptek;

14) monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej;

15) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w oddziale wojewódzkim Funduszu;

16) wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego;

17) udzielanie, na żądanie Prezesa Funduszu lub rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego;

18) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie.

19) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie, rozliczanie i kontrola realizacji tych umów, na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

<20) zawieranie umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 68.>

[6. *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 podmiotów, które utworzyły zakłady 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;
- 12) właścicielem akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 7 i 8;
- 13) właścicielem w spółkach handlowych więcej niż 10 % akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10 % kapitału zakładowego - w każdej z tych spółek, w przypadku spółek innych niż określone w pkt 12.]

<6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może być jednocześnie:

- 1) Prezesem Funduszu albo jego zastępcą;
 - 2) głównym księgowym Funduszu;
 - 3) pracownikiem centrali Funduszu;
 - 4) świadczeniodawcą;
 - 5) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 6) posiadaczem akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty będące świadczeniodawcami oraz podmiotami, o których mowa w pkt 5;
 - 7) osobą, o której mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-9.>
7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może wykonywać działalności gospodarczej.
8. Dyrektor oddziału wojewódzkiego, wykonując zadania, o których mowa w ust. 5, 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. 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.]

<3. Wniosek o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w ust. 1, zgłasza ubezpieczony, a w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wniosek może zgłosić w szczególności Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub członek rodziny ubezpieczonego, także w zakresie dotyczącym objęcia ubezpieczeniem w okresie poprzedzającym złożenie wniosku.>

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.

<6. W sprawach, o których mowa w ust. 1, w zakresie nieregulowanym niniejszą ustawą, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.>

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;]

<1) świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;

2) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;>

3) członkami organów lub pracownikami podmiotów, które utworzyły 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;

6) właścicielami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 2;

7) właścicielami w spółkach handlowych więcej niż 10 % akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10 % kapitału zakładowego - w każdej z tych spółek, w przypadku spółek innych niż określone w pkt 6.

<8) posłami, posłami do Parlamentu Europejskiego albo senatorami;

9) członkami Rady Funduszu oraz rad oddziałów wojewódzkich Funduszu.>

[2. Pracownicy Funduszu nie mogą:

1) podejmować zatrudnienia u innego pracodawcy, bez zgody Prezesa Funduszu;

2) wykonywać działalności gospodarczej.]

<2. Pracownicy Funduszu nie mogą bez zgody Prezesa Funduszu:

1) podejmować zatrudnienia u innego pracodawcy;

2) wykonywać działalności gospodarczej.>

Art. 116.

1. Przychodami Funduszu są:

- 1) należne składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- 2) odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 3) darowizny i zapisy;
- 4) środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
[5) dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3;]
- <5) dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b;>**
- 6) środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych;
- 7) przychody z lokat;
- 8) inne przychody.

2. Środki finansowe Funduszu mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek.

Art. 117.

1. Kosztami Funduszu są:

- 1) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;
- 2) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) koszty refundacji cen leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
[4) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3;]
- <4) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b;>**
- 5) koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- 6) koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży;
- 7) koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 8) koszt wypłaty odszkodowań;
- 9) inne koszty wynikające z odrębnych przepisów.

2. Środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek.

[Art. 118.

1. *Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.*
2. *W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:*
 - 1) *planowanych kosztów dla:*

- a) centrali, w tym kosztów realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji oraz finansowania działalności centrali,
 - b) poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;
- 2) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.
3. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych są dzielone pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, przy czym:
- 1) podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonemu 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 wysokospecjalistycznych w latach poprzedzających rok, w którym ten plan jest tworzony, w podziale na województwa, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem.
4. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zaplanowanych w planie finansowym dla danego oddziału w roku poprzednim.
5. Na rezerwę ogólną przeznaczają się 1 % planowanych kosztów Funduszu.
6. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.]

<Art. 118.

- 1. Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.**
- 2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:**
 - 1) planowanych kosztów dla centrali, w tym:**
 - a) kosztów finansowania działalności centrali,
 - b) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji;
 - 2) planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym:**
 - a) kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;
 - b) rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji;
 - 3) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.**
- 3. Planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125, są dzielone pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, przy czym:**
 - 1) podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu, z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego**

przypisanego 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:

- a) wskaźnika wynikającego ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej,
- b) wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju świadczeń wysokospecjalistycznych wykonanych dla ubezpieczonych zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu przez świadczeniodawców mających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z tym oddziałem wojewódzkim Funduszu, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem w roku poprzedzającym rok, w którym ten plan jest tworzony.

4. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3.
5. W planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3, tworzy się rezerwę ogólną w wysokości 1% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.
6. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.>

[Art. 120.

1. *Prezes Funduszu, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, w terminie do dnia 30 czerwca sporządza coroczną prognozę przychodów 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 dnia 30 czerwca sporządza coroczną prognozę kosztów 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 dnia 15 maja.*
4. *Prezes Funduszu w terminie do dnia 15 lipca informuje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu o przewidywanych przychodach Funduszu.*
5. *Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich przekazują Prezesowi Funduszu w terminie do dnia 31 lipca projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.*
6. *Prognozy, o których mowa w ust. 1 i 2, 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. 120.

1. Prezes Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz z ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do dnia 15 czerwca sporządza coroczną prognozę przychodów na kolejne 3 lata.
2. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazują informację dotyczącą prognozowanych kosztów oddziałów w terminie do dnia 20 czerwca na podstawie prognozy, o której mowa w ust. 1.
3. Prezes Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do dnia 30 czerwca sporządza coroczną prognozę kosztów na kolejne 3 lata na podstawie informacji przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.
4. Prezes Funduszu w terminie do dnia 5 lipca informuje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu o przewidywanych kosztach oddziałów wojewódzkich Funduszu.
5. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich przekazują Prezesowi Funduszu w terminie do dnia 10 lipca projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.
6. Prognozy, o których mowa w ust. 1 i 3, 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 3.>

[Art. 121.

1. *Prezes Funduszu opracowuje projekt planu finansowego Funduszu i przedstawia go w terminie do dnia 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 dni od dnia otrzymania projektu planu finansowego jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.*
3. *Prezes Funduszu po rozpatrzeniu opinii, o których mowa w ust. 1, jeżeli zostały wydane, sporządza plan finansowy Funduszu i przekazuje go wraz z tymi opiniami, w terminie do dnia 5 września roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan, 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 dnia 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 dnia 20 września roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.]*

<Art. 121.

- 1. Prezes Funduszu opracowuje projekt planu finansowego Funduszu i przedstawia go, w celu zaopiniowania, w terminie do dnia 15 lipca 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.****
- 2. Niewydanie opinii, o których mowa w ust. 1, w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu planu finansowego jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.**
- 3. Prezes Funduszu po rozpatrzeniu opinii, o których mowa w ust. 1, jeżeli zostały wydane, sporządza plan finansowy Funduszu i przekazuje go wraz z tymi opiniami w terminie do dnia 1 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan, 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 dnia 14 sierpnia 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 dnia 14 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.>**

Art. 123.

- 1. W przypadku gdy plan finansowy Funduszu narusza prawo lub prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów 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 Funduszu 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) (uchylony).****

[Art. 124.

- 1. Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu finansowego Funduszu w przypadku zaistnienia sytuacji związanych z wykonaniem planu finansowego Funduszu, 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 kosztów pomiędzy poszczególnymi pozycjami planu finansowego.*
5. *Przesunięcia kosztów, 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 przesuwać koszty przeznaczone na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego.*
7. *Przesunięcie kosztów, o których mowa w ust. 4 lub 6, 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.*
10. *W zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może dokonać zmiany planu finansowego również w przypadkach innych niż wymienione w ust. 1. Przepisów ust. 2 i 3 w takim przypadku nie stosuje się.*
11. *Zmiany, o których mowa w ust. 10, podlegają zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.]*

<Art. 124.

- 1. Zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu.**
- 2. Zmiany planu finansowego Funduszu zatwierdzonego w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, może dokonać Prezes Funduszu. Przepisy art. 121 ust. 1-4 stosuje się odpowiednio.**
- 3. Zmiany planu finansowego Funduszu ustalonego zgodnie z art. 121 ust. 5 albo art. 123 ust. 3 może dokonać minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych na uzasadniony wniosek Prezesa Funduszu. Do wniosku o zmianę planu dołącza się opinię Rady Funduszu, opinie komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.**
- 4. Prezes Funduszu, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych, może dokonać przesunięcia kosztów w planie finansowym centrali Funduszu oraz przesunięcia kosztów w ramach kosztów administracyjnych w planie finansowym Funduszu, a także dokonać zmiany planu finansowego w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.**
- 5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Funduszu, może dokonać przesunięcia kosztów w ramach kosztów przeznaczonych**

- na świadczenia opieki zdrowotnej oraz uruchomić rezerwę, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. b, w planie finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy ogólnej po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych.
 7. Prezes Funduszu podejmuje decyzje o uruchomieniu rezerw, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. b i c, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych.
 8. Zmian planu finansowego Funduszu, o których mowa w ust. 1-3, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w art. 118.
 9. Do zmian planu finansowego, o których mowa w ust. 4-7, oraz do zmiany planu finansowego wynikającej z art. 129 ust. 3 i 4 nie stosuje się przepisów art. 118 ust. 3 oraz art. 121.>

[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. 125.

Przychody Funduszu:

- 1) nieujęte w planie finansowym ustalonym zgodnie z art. 121 ust. 3, ust. 5 albo z art. 123 ust. 3:
 - a) z tytułu nadwyżki przychodów nad kosztami korygującymi koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych,
 - b) z tytułu nadwyżki przychodów nad kosztami z działalności finansowej,
 - 2) pochodzące z dotacji przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej
- w części dotyczącej oddziału wojewódzkiego Funduszu przeznacza się na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w tym oddziale wojewódzkim Funduszu.>

[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. 126.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu po przeprowadzeniu badania sprawozdania, o którym mowa w art. 128 ust. 4, przez biegłego rewidenta.>

[Art. 129.

1. Z zastrzeżeniem art. 125, zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznaczają 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. 129.

1. **Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznaczają się na:**
 - 1) **pokrycie strat z lat ubiegłych;**
 - 2) **fundusz zapasowy.**
2. **O pokryciu straty netto albo przeznaczeniu zysku netto 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 oraz ministra właściwego do spraw zdrowia odnośnie do sposobu podziału zysku netto lub pokrycia straty netto.**
3. **W przypadku przyjęcia przez Radę Funduszu uchwały przewidującej przeznaczenie zysku netto za dany rok obrotowy na fundusz zapasowy Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu finansowego na rok, w którym dokonuje się podziału zysku, przewidującej zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę nie większą niż wysokość funduszu zapasowego. W tym przypadku przepisu art. 118 ust. 1 nie stosuje się.**
4. **W przypadku zmiany planu finansowego Funduszu, o której mowa w ust. 3, przy ustalaniu wysokości środków przekazywanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu za dany rok obrotowy.**
5. **Przy stosowaniu art. 118 ust. 4 do planu finansowego na rok następny nie uwzględnia się środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu zgodnie z ust. 3 i 4.>**

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.]*

- <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 6 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.

<4. Niewydanie opinii, o których mowa w ust. 3, w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu sprawozdania jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnych.>

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 zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów.]
- <2. Fundusz realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy, rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń albo rodzaju zakupionych świadczeń, liczby jednostek rozliczeniowych (miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju, w szczególności: punkt, porada, osobodzień) wyrażających wartość świadczenia oraz cenę jednostki rozliczeniowej, a także maksymalnej kwoty zobowiązania 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] *wymagania dla podwykonawców inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;*
- <3) wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne 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;
- [7] *postanowienie o odstąpieniu od umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;*
- <7) postanowienie o rozwiązaniu 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. 136a.

- 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu**

świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. **Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres wykonywanych zadań.>**

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.]

<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, sposób finansowania oraz warunki ich udzielania.>

<1a. Projekt, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy ustalania standardów postępowania i procedur medycznych, które są określane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie odrębnych przepisów.>

[2. Prezes Funduszu, nie później niż do dnia 15 maja, przesyła projekt, o którym mowa w ust. 1, do Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców.]

<2. Prezes Funduszu nie później niż do dnia 15 kwietnia przesyła projekt, o którym mowa w ust. 1, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców.>

3. Za reprezentatywną organizację, o której mowa w ust. 2, uważa się taką organizację:

- 1) która zrzesza świadczeniodawców, u których liczba osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wynosi łącznie co najmniej 10.000 osób oraz
- 2) której organ uprawniony do reprezentowania złoży ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oświadczenie dotyczące spełniania warunku, o którym mowa w pkt 1, pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, nie później niż do dnia 30 kwietnia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi jawny wykaz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia wykaz, o którym mowa w ust. 4, wraz z oświadczeniami, o których mowa w ust. 3 pkt 2, na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

[6. 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 30 czerwca. Projekt uważa się za uzgodniony, jeżeli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożą pod nim własnoręczne podpisy.]

- <6. 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 maja. Projekt uważa się za uzgodniony, jeżeli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożą pod nim własnoręczne podpisy.>**
7. Uzgodniony w trybie ust. 6 projekt, o którym mowa w ust. 1, Prezes Funduszu niezwłocznie przesyła ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje przeglądu projektu, o którym mowa w ust. 1, pod względem zgodności z przepisami prawa oraz dokonuje niezbędnych wynikających z tego przeglądu zmian w tym projekcie, niezwłocznie informując o tym Prezesa Funduszu oraz podmioty, o których mowa w ust. 2.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając projekt uzgodniony w trybie ust. 6 z podmiotami, o których mowa w ust. 2, kierując się dobrem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.
- [10. W przypadku niezgodnienia projektu, o którym mowa w ust. 1, w terminie, o którym mowa w ust. 6, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się dobrem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.]*
- <10. W przypadku niezgodnienia projektu, o którym mowa w ust. 1, w terminie, o którym mowa w ust. 6, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się dobrem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów, a także biorąc pod uwagę treść ustalonych warunków projektu przekazanych przez Prezesa Funduszu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.>**
11. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, regulamin negocjacji, o których mowa w ust. 6, uwzględniając konieczność równego traktowania stron tych negocjacji.
- [12. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ustala się w trybie określonym w ust. 1-11, nie częściej niż raz na 2 lata, w przypadku zaistnienia istotnej zmiany uwarunkowań społeczno-gospodarczych udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stwierdzonych nieprawidłowości w realizacji tych umów wynikających z przepisów wydanych na podstawie ust. 9 albo 10.]*
- <12. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, zmiana ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest w trybie określonym w ust. 1-9, nie częściej niż raz na 2 lata, z wyjątkiem zaistnienia istotnej zmiany uwarunkowań społeczno-gospodarczych udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stwierdzonych nieprawidłowości w realizacji tych umów wynikających z przepisów wydanych na podstawie ust. 9.>**

Art. 146.

<1.> Prezes Funduszu określa:

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

- <2. Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii właściwych konsultantów krajowych.
3. **Opinia, o której mowa w ust. 2, jest przekazywana przez konsultanta krajowego Prezesowi Funduszu w wyznaczonym przez niego terminie, nie krótszym jednak niż 14 dni. Nieprzedłożenie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.>**

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.*

<1. **Odrzuca się ofertę:**

- 1) **złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;**
 - 2) **zawierającą nieprawdziwe informacje;**
 - 3) **jeżeli świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;**
 - 4) **jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;**
 - 5) **jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;**
 - 6) **jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną;**
 - 7) **jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3;**
 - 8) **złożoną przez świadczeniodawcę, z którym została rozwiązana przez oddział wojewódzki Funduszu prowadzący postępowanie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.>**
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.]

<1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu 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 w danym postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.>
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

Art. 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.]

<3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.>

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 od upływu terminu, o którym mowa w ust. 3, 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. Decyzja Prezesa podlega natychmiastowemu wykonaniu.*
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. 154.

1. **Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.**
2. **Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.**
3. **Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.**
4. **Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.**
5. **Świadczeniodawca wnosi odwołanie, o którym mowa w ust. 4, w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.**
6. **Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie, o którym mowa w ust. 4, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja Prezesa Funduszu podlega natychmiastowemu wykonaniu.**
7. **W przypadku uwzględnienia odwołania, o którym mowa w ust. 4, 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. 161.

1. Zażalenie, o którym mowa w art. 160, rozpatruje, w terminie 14 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.]
- <2. Zażalenie, o którym mowa w ust. 1, składa się wraz z uzasadnieniem za pośrednictwem właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia dokonania czynności przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.>**
- <2a. Prezes Funduszu, uwzględniając zażalenie w części lub w całości, nakłada na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w szczególności poprzez uchylenie czynności, której dotyczy zażalenie, i zawiadamia świadczeniodawcę w terminie 7 dni o uwzględnieniu zażalenia.>**
[3. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia przez Prezesa Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie. Wniosek ten jest rozpatrywany niezwłocznie przez Prezesa Funduszu. Zażalenie na ponowne rozpatrzenie nie przysługuje.]
- <3. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia przez Prezesa Funduszu w części lub całości, świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie.>**
- <3a. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca może złożyć do Prezesa Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania stanowiska Prezesa na złożone przez świadczeniodawcę zażalenie.**
- 3b. Wniosek o ponowne rozpatrzenie rozpatrywany jest przez Prezesa Funduszu w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.**
- 3c. Zażalenie na ponowne rozpatrzenie wniosku nie przysługuje.>**

Art. 163.

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 nierównoważenia przychodów i kosztów 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 postępowania w sprawie zatwierdzenia planu finansowego, uchwał dotyczących sprawozdania finansowego, sprawozdań z wykonania planu finansowego oraz decyzji wydanych w wyniku wniesienia odwołania w trakcie postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w indywidualnych sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego oraz w sprawach wynikających z pełnienia funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.

Art. 164.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może badać decyzje podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz uchwały podejmowane przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu.
2. Przepisy art. 163 ust. 2, 3 i 5 stosuje się odpowiednio.

Art. 165.

1. W ramach nadzoru 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. 163 ust. 1 pkt 3, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących czynności wykonywanych na rzecz Funduszu.

<5) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 4, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących refundacji leków.>

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. 163 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.]

<3. W razie stwierdzenia, na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień i dokumentów, o których mowa w ust. 1, przypadków naruszeń prawa, statutu Funduszu lub interesu świadczeniobiorców minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia odpowiednio Fundusz, świadczeniodawcę, podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, lub aptekę 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. 163 ust. 1 pkt 3, lub osoba trzecia informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.]

<5. W terminie 3 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego do usunięcia nieprawidłowości Fundusz, świadczeniodawca, podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, lub apteka informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.>

[Art. 167.

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. 165 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 nieudzielanie 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. 167.

1. W przypadku naruszenia prawa, statutu Funduszu lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 128 ust. 5 i w art. 165 ust. 1 pkt 1-4, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na Prezesa Funduszu lub zastępcę Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, odpowiedzialnego za te naruszenia lub nieudzielanie 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.

2. W przypadku naruszenia prawa lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 5, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.>

Art. 170.

<1.> W razie nieusunięcia w wyznaczonym terminie przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, stwierdzonych nieprawidłowości, 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.

- <2. W razie nieusunięcia przez aptekę w wyznaczonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.>**

[Art. 171.

W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 165 ust. 1, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 163 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. 171.

- 1. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 1-4, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 163 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.**
- 2. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 5, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez aptekę minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do sześciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.>**

[Art. 172.

W przypadkach określonych w art. 170 i 171 minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3.]

<Art. 172.

W przypadkach określonych w art. 170 ust. 1 i art. 171 minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3.>

Art. 173.

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. 163 ust. 1 pkt 3, w zakresie wywiązywania się z umowy zawartej z Funduszem[.]<=>
- <4) aptek, w zakresie refundacji leków.>**

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".]*

<3. Minister właściwy do spraw zdrowia w upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli, zwaną dalej „kontrolerem.”>

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

<4a. Kontrolerzy, w zakresie ustalonym w upoważnieniu ministra właściwego do spraw zdrowia, mają prawo do:

1) wstępu do wszystkich pomieszczeń kontrolowanego podmiotu;

2) swobodnego dostępu do:

a) oddzielnego pomieszczenia biurowego, przeznaczonego wyłącznie na potrzeby wykonywania zadań przez kontrolera,

b) środków łączności;

3) wglądu do wszelkich dokumentów kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii, odpisów i wyciągów z tych dokumentów;

4) wglądu do danych zawartych w systemie informatycznym kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii lub wyciągów z tych danych, w tym w formie elektronicznej;

5) żądania wyjaśnień ustnych lub pisemnych od osób pozostających w stosunku pracy, zlecenia lub innym stosunku prawnym o podobnym charakterze z kontrolowanym podmiotem, w tym w formie elektronicznej;

6) żądania przekazania niezbędnych danych lub sporządzenia zestawień danych, w tym w formie elektronicznej;

7) zabezpieczenia dokumentów i innych dowodów.>

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 podmiotu, który utworzył zakład 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 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959).

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. 179.

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. 179a.

Przepisy art. 173-179 stosuje się do kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.>

Art. 181.

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. 163 ust. 2 i 3, art. 164, 165 ust. 3, art. 167, 170 i 171, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.]
- <2. W sprawach, o których mowa w art. 163 ust. 2, art. 164, art. 165 ust. 3, art. 167, art. 170 i 171, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.>**

[Art. 187.

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, przyjęte 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, o którym mowa w ust. 1, po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, wraz ze stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.]*

< Art. 187.

1. **Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, przyjęte przez Radę Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Funduszu.**
2. **Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 sierpnia roku następnego, roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, o którym mowa w ust. 1, po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.>**

Art. 188.

1. *[Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu:]* <**Fundusz jest uprawniony do 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.
- <**1a. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, w celu:**
 - 1) rozliczania ze świadczeniodawcami;
 - 2) rozliczania dotacji, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt 5;
 - 3) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

1b. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3, w celu rozliczania kosztów refundacji leków.>

2. *[Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w celu:]* **<Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz umów międzynarodowych 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.

<2a. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych związanych z realizacją zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2 i 3a.>

3. *[Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych:]* **<Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do 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.

<3) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-8.>

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) stan cywilny;]*
- 7) numer PESEL;
- 8) numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer;
- 9) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
- 10) adres zamieszkania;
- 11) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;
- 12) numer ubezpieczenia;
- 13) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;

- 14) stopień niepełnosprawności - w przypadku członka rodziny;
- [15) *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;*]
- <15) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 43 ust. 1, art. 44 ust. 1, art. 45 ust. 1 i art. 46 ust. 1, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy;>**
- 16) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 13 ust. 1;
- 17) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 18) nazwa instytucji właściwej osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 19) dane dotyczące lekarza lub felczera wystawiającego receptę na refundowane leki lub wyroby medyczne;
- 20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza lub felczera, o którym mowa w pkt 19;
- 21) dane dotyczące apteki realizującej receptę na refundowane leki i wyroby medyczne[.]<;>
- <22) data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;**
- 23) data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;**
- 24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne;**
- 25) dane o płatniku składki na ubezpieczenie zdrowotne;**
- 26) typ dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej;**
- 27) data zgonu.>**
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. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.

<Art. 188a.

W celu realizacji zadań określonych w ustawie Fundusz jest uprawniony do przetwarzania następujących danych osobowych osób udzielających świadczeń na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ubiegających się o zawarcie takich umów:

- 1) nazwisko i imię (imiona);**
- 2) nazwisko rodowe;**

- 3) numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku osób, którym nadano ten numer;
- 5) dotyczących kompetencji zawodowych istotnych z punktu widzenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Funduszem.>

Art. 189.

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. 190 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. 190 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. 190.

[1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady 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.]

- <1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.>**
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez apteki i sposób ich rejestrowania oraz zakres informacji i sposób ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, wojewodów i marszałków województw, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Funduszu oraz zakres sprawozdań okresowych i sposób ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a także minimalny zakres zbiorczych informacji i sposób ich przekazywania wojewodom i sejmikom województw, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

[4. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych i minister właściwy do spraw zdrowia są obowiązani do przekazywania Funduszowi danych ewidencyjnych zawierających numer PESEL, imię i nazwisko osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2-13, oraz członków ich rodzin.]

Art. 192.

Fundusz na żądanie ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków finansowych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń.

<Art. 192a.

W celu potwierdzenia udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia może zwrócić się do świadczeniobiorcy o informację w zakresie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej.>

DZIAŁ IX

Przepisy karne

<Art. 192b.

1. **Kto, prowadząc obrót lekami lub wyrobami medycznymi albo świadcząc usługi farmaceutyczne, albo posiadając upoważnienie do wystawiania recept na leki podlegające refundacji ze środków publicznych lub mając, z racji zajmowanego stanowiska lub pełnionej funkcji, istotny wpływ na podejmowanie decyzji związanych z zaopatrzeniem świadczeniodawcy w leki lub wyroby medyczne, żąda lub przyjmuje nieuzasadnioną korzyść majątkową dla siebie lub osoby trzeciej, albo jej obietnicę w zamian za wykonanie lub powstrzymanie się od wykonania obowiązku służbowego, które prowadzi do nieuzasadnionego wzrostu poziomu sprzedaży leków lub wyrobów medycznych podlegających refundacji ze środków publicznych, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.**
2. **Tej samej karze podlega, kto w przypadkach określonych w ust. 1 udziela lub obiecuje udzielić korzyści majątkowej.**
3. **W przypadku mniejszej wagi sprawca czynu określonego w ust. 1 lub 2 podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.**
4. **Nie podlega karze sprawca przestępstwa określonego w ust. 2 albo 3 w związku z ust. 2, jeżeli korzyść majątkowa albo jej obietnica zostały przyjęte, a sprawca**

zawiadomił o tym fakcie organ powołany do ścigania przestępstw i ujawnił wszystkie istotne okoliczności przestępstwa, zanim organ ten o nim się dowiedział.

Art. 192c.

- 1. Kto zajmując się wytwarzaniem lub obrotem lekami lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych różnicuje ceny tych leków i wyrobów medycznych w umowach z hurtowniami farmaceutycznymi, w tym także stosuje uciążliwe lub niejednolite warunki tych umów lub uzależnia zawarcie umowy od przyjęcia lub spełnienia przez hurtownię farmaceutyczną innego świadczenia, niemającego rzeczowego ani zwyczajowego związku z przedmiotem umowy,
podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.**
- 2. Tej samej karze podlega, kto w wypadkach określonych w ust. 1 udziela lub obiecuje udzielić korzyści majątkowej.**
- 3. W przypadku mniejszej wagi sprawca czynu określonego w ust. 1 lub 2 podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.**
- 4. Nie podlega karze sprawca przestępstwa określonego w ust. 2 albo 3 w związku z ust. 2, jeżeli korzyść majątkowa albo jej obietnica zostały przyjęte, a sprawca zawiadomił o tym fakcie organ powołany do ścigania przestępstw i ujawnił wszystkie istotne okoliczności przestępstwa, zanim organ ten o nim się dowiedział.>**

Art. 193.

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.

ZAŁĄCZNIK

WYKAZ
ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ NIEFINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW
PUBLICZNYCH

1. Świadczenia opieki zdrowotnej niefinansowane ze środków publicznych bez względu na zakres ich zastosowania:
 - 1) szczepienia ochronne niewchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych;
 - 2) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach niebędących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia;
 - 3) operacje zmiany płci;
 - 4) świadczenia w zakresie akupunktury, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w leczeniu bólu przewlekłego;
 - 5) zabiegi przyrodolecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym lecznictwie uzdrowiskowym niezwiązane z chorobą podstawową będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe;
 - 6) poradnictwo seksuologiczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności;
 - 7) poradnictwo psychoanalityczne;
 - 8) ozonoterapia;
 - 9) autoszczepionki;
 - 10) magnetoterapia z zastosowaniem stałego pola magnetycznego;
 - 11) laseropunktura;
 - 12) akupresura;
 - 13) zooterapia;
 - 14) diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej niefinansowane ze środków publicznych w poszczególnych zakresach zastosowania:
 - 1) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu nerwowego:
 - [a) leczenie padaczki za pomocą implantacji stymulatora nerwu błędnego,]*
 - <a) leczenie padaczki za pomocą implantacji stymulatora nerwu błędnego, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna,>**
 - 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, transorbitalna dekompresja w oftalmopatii Gravesa-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 - wszczęcie 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 (żyłaków 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) wszczęcie 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/przeciwskazań 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.
- <o) raka jelita grubego w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania i wczesnego rozpoznania nawrotu,**
- p) raka przełyku celem oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia wznowy,**
- r) nowotworów głowy i szyi w celu wczesnego rozpoznania nawrotu,**
- s) złośliwych guzów mózgu celem wczesnego rozpoznania nawrotu dla określenia miejsca biopsji,**
- t) czerniaka w celu kwalifikacji do operacji guza pojedynczego, jeżeli w skali Clarka grubość zmiany przekracza 1,5 mm.>**

Art. 243.

Podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 81 ust. 8 pkt 5 i 6, dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24 - w przypadku niepobierania przez bezrobotnych zasiłku lub stypendium, oraz dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 25 - w przypadku niepobierania przez te osoby zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, jest:

- 1) od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2004 r. - kwota odpowiadająca 40 % wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 2) od dnia 1 stycznia 2005 r. do dnia 31 grudnia 2005 r. - kwota odpowiadająca 50 % wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 3) od dnia 1 stycznia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2006 r. - kwota odpowiadająca 60 % wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 4) od dnia 1 stycznia 2007 r. do dnia 31 grudnia 2007 r. - kwota odpowiadająca 70 % wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

USTAWA 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, z późn. zm.)

[Art. 18.

- 1. Kombatanci i inne osoby uprawnione korzystają z pierwszeństwa do środowiskowej opieki socjalnej w miejscu zamieszkania, w uzyskaniu miejsc w domach pomocy społecznej, zwłaszcza w domach przeznaczonych dla kombatantów, oraz opieki zdrowotnej.*
- 1a. Kombatanci, o których mowa w art. 1, mają także prawo do nieodpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakładach opieki zdrowotnej podległych Ministrowi Obrony Narodowej.*
- 2. Szczególne prawo do opieki, o której mowa w ust. 1, wraz z zachowaniem uprawnień do leczenia w zakładach służby zdrowia, nabytych podczas pracy zawodowej, przysługuje kombatantom i innym osobom uprawnionym również po przejściu na emeryturę lub rentę.*
- 3. Właściwi ministrowie, w porozumieniu z Kierownikiem Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych, określają w stosunku do podległych im placówek służby zdrowia i pomocy społecznej szczegółowe zasady, formy oraz zakres korzystania z uprawnień, o których mowa w ust. 1, 1a i 2.]*

<Art. 18.

Kombatanci i inne osoby uprawnione korzystają z pierwszeństwa do środowiskowej opieki socjalnej w miejscu zamieszkania, w uzyskaniu miejsc w domach pomocy społecznej, w szczególności w domach przeznaczonych dla kombatantów.>

USTAWA z dnia 30 sierpnia 1991 r. O ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.)

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;
- 2a) na realizację programów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej;

- 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;
- 5) na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami.

[2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 5, mogą być finansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, organu, który utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów, uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów.]

<2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 5, 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.>

2a. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 2a, mogą być współfinansowane 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.

<2b. Umowy, o których mowa w ust. 1 pkt 1, mogą być również zawierane przez zakład ubezpieczeń działający na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.).>

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. 67.

1. Nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej sprawuje podmiot, który utworzył zakład, zwany dalej "podmiotem sprawującym nadzór".
2. Podmiot sprawujący nadzór dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika zakładu.
3. Kontrola i ocena, o których mowa w ust. 2, obejmują w szczególności:
 - 1) realizację zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń;
 - 2) prawidłowość gospodarowania mieniem;
 - 3) gospodarkę finansową.
- 3a. Rektor właściwej publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz dyrektor

- Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego są obowiązani przekazać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 31 stycznia i dnia 31 lipca każdego roku, informację obejmującą wyniki kontroli, o której mowa w ust. 3.
4. Podmiot sprawujący nadzór w razie stwierdzenia, że decyzja kierownika zakładu opieki zdrowotnej jest sprzeczna z prawem, wstrzymuje jej wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do jej zmiany lub cofnięcia.
 5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami, o których mowa w art. 70a ust. 3.
 - <6. W razie poinformowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia o wystąpieniu okoliczności zagrażających zapewnieniu dostępu do określonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podmiot sprawujący nadzór nakłada na zakład opieki zdrowotnej obowiązek podjęcia w określonym czasie działań zmierzających do zapewnienia dostępu do tych świadczeń.**
 7. Podmiot sprawujący nadzór informuje ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na siedzibę zakładu opieki zdrowotnej o podjętych działaniach i stanie ich realizacji.
 8. Wynagrodzenie za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 6, jest ustalane na poziomie wynagrodzenia wynikającego z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju świadczeń w poprzednim roku.
 9. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 8, świadczeniodawca składa wniosek do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.
 10. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 6, pokrywa oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, do wysokości środków przeznaczonych na ten cel w planie finansowym.>

USTAWA z dnia 29 czerwca 1995 r. O STATYSTYCE PUBLICZNEJ (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.)

Art. 25.

1. Do zadań Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego należy:
 - 1) rozpoznawanie zapotrzebowania na informacje i analizy statystyczne i przygotowywanie na tej podstawie projektów programów badań statystycznych statystyki publicznej oraz ich przedstawianie Radzie,
 - 2) organizowanie i prowadzenie badań statystycznych oraz ustalanie ich metodologii,
 - 3) zbieranie, gromadzenie i opracowywanie danych statystycznych oraz ich analizowanie,

<3a) coroczne sporządzanie i publikowanie w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” Narodowego Rachunku Zdrowia za dany rok,>

- 4) przeprowadzanie spisów powszechnych,
 - 5) przechowywanie danych statystycznych,
 - 6) opracowywanie standardowych klasyfikacji, nomenklatur i definicji podstawowych kategorii, ustalanie wzajemnych relacji między nimi oraz ich interpretacja,
 - 7) udostępnianie i rozpowszechnianie wyników informacji statystycznych, w tym podstawowych wielkości i wskaźników,
 - 8) opracowywanie i ogłaszanie prognoz demograficznych oraz statystycznych prognoz gospodarczych i społecznych,
 - 9) przedstawianie Prezydentowi, Sejmowi i Senatowi, organom administracji rządowej, Najwyższej Izbie Kontroli, Narodowemu Bankowi Polskiemu, organom jednostek samorządu terytorialnego oraz innym instytucjom rządowym wyników informacji statystycznych w zakresie, terminach i w formach określonych w programie badań statystycznych,
 - 10) prowadzenie krajowych rejestrów urzędowych: podmiotów gospodarki narodowej i podziału terytorialnego kraju,
 - 11) prowadzenie badań i analiz statystycznych wynikających z przyjętych przez Rzeczpospolitą Polską zobowiązań międzynarodowych,
 - 12) dokonywanie statystycznych porównań międzynarodowych i ogłaszanie ich wyników,
 - 13) wykonywanie przyjętych przez Rzeczpospolitą Polską zobowiązań przekazywania danych statystycznych organizacjom międzynarodowym,
 - 14) współpraca z wyspecjalizowanymi w dziedzinie statystyki organizacjami międzynarodowymi, regionalnymi oraz organami i urzędami innych krajów,
 - 15) prowadzenie prac naukowych i badawczo-rozwojowych w zakresie metodologii badań statystycznych i standardów klasyfikacyjnych oraz zastosowań metod matematycznych i informatyki w statystyce,
 - 16) prowadzenie szkolenia, kształcenia i doskonalenia w dziedzinie statystyki,
 - 17) popularyzacja wiedzy o statystyce.
2. Urzędy statystyczne wykonują zadania wymienione w ust. 1 pkt 1-5, 6 - w zakresie interpretacji, 7-12, 14, 16 i 17 w zakresie określonym w trybie ust. 4.
 3. Urzędy statystyczne tworzy i znosi Prezes Głównego Urzędu Statystycznego, w drodze zarządzenia.
 4. Szczegółowy zakres zadań i organizację urzędu statystycznego określa statut nadany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, w drodze zarządzenia.
 5. Urzędem statystycznym kieruje dyrektor powoływany i odwoływany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Dyrektor urzędu statystycznego jest organem administracji niespolonej w województwie.

USTAWA z dnia 5 grudnia 1996 r. O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY (Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 oraz z 2006 r. Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410 i Nr 220, poz. 1600)

Art. 2.

1. Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich.
2. Wykonywanie zawodu lekarza dentysty polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń określonych w ust. 1, w zakresie chorób zębów, jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych.

2a. (uchylony).

[3. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia oraz nauczanie zawodu lekarza.]

<3. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.>

USTAWA z dnia 22 sierpnia 1997 r. O PUBLICZNEJ SŁUŻBIE KRWI (Dz. U. z 1997 r. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.)

[Art. 10.

Zasłużonemu honorowemu dawcy krwi przysługują uprawnienia do korzystania poza kolejnością z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.]

USTAWA z dnia 5 lipca 2001 r. O CENACH (Dz. U. Nr 97, poz. 1050, z późn. zm.)

Art. 5.

1. Ceny urzędowe ustala się na produkty lecznicze i wyroby medyczne objęte, na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135), wykazem leków podstawowych i uzupełniających oraz wykazem leków i wyrobów medycznych przepisywanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością w związku z chorobami zakaźnymi lub psychicznymi, upośledzeniem umysłowym oraz niektórymi chorobami przewlekłymi, wrodzonymi lub nabytymi.
 2. Ceny urzędowe ustala się również na produkty lecznicze i wyroby medyczne nabywane bezpośrednio od wytwórcy lub bezpośrednio z hurtowni farmaceutycznej przez zakłady lecznictwa zamkniętego, w celu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.
 3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 2, uwzględniając w szczególności istotny udział kosztów danego produktu leczniczego lub wyrobu medycznego w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2.
 - [4. *Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, określi, w drodze rozporządzenia:*
 - 1) *ceny urzędowe hurtowe i detaliczne w odniesieniu do produktów leczniczych i wyrobów medycznych określonych w ust. 1, mając na względzie równowagę interesów konsumentów i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem i obrotem tymi środkami i materiałami oraz biorąc pod uwagę możliwości płatnicze Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o kryteria ustalone w art. 7 ust. 3,*
 - 2) *ceny urzędowe hurtowe w odniesieniu do produktów leczniczych i wyrobów medycznych określonych w ust. 2, jeżeli nabywane są przez zakłady lecznictwa zamkniętego na zasadach określonych w art. 42 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.) lub bezpośrednio z hurtowni farmaceutycznej, mając na względzie równowagę interesów konsumentów i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem i obrotem tymi środkami i materiałami oraz biorąc pod uwagę możliwości płatnicze Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o kryteria ustalone w art. 7 ust. 3 pkt 1-8.]*
- <4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz zawierający ceny urzędowe hurtowe i detaliczne w odniesieniu do produktów leczniczych i wyrobów medycznych określonych w ust. 1, biorąc pod uwagę stanowiska wyrażone przez Zespół, o którym mowa w art. 7 ust. 1, a także mając na względzie równowagę interesów konsumentów i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem i obrotem tymi produktami i wyrobami oraz biorąc pod uwagę możliwości płatnicze Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o kryteria ustalone w art. 7 ust. 3.>**

- <4a. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz cen urzędowych hurtowych w odniesieniu do produktów leczniczych i wyrobów medycznych określonych w ust. 2, jeżeli nabywane są przez zakłady lecznictwa zamkniętego na zasadach określonych w art. 42 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.) lub bezpośrednio z hurtowni farmaceutycznej, mając na względzie równowagę interesów konsumentów i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem i obrotem tymi produktami i wyrobami oraz biorąc pod uwagę możliwości płatnicze Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o kryteria ustalone w art. 7 ust. 3 pkt 1-8.**
- 4b. Wykaz, o którym mowa w ust. 4, jest aktualizowany nie rzadziej niż co 90 dni, jeżeli wpłynął co najmniej jeden kompletny wniosek, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2.**
- 4c. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w art. 39 ust. 7b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje niezwłocznie czynności w zakresie aktualizacji wykazu, o którym mowa w ust. 4.>**
5. W przypadku zakupu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 2, bezpośrednio od wytwórcy, urzędowa cena hurtowa zostaje pomniejszona o marżę hurtową, o której mowa w art. 7 ust. 3 pkt 8.

Art. 6.

1. Przedsiębiorcy zajmujący się wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi objętymi wykazami, o których mowa w art. 5 ust. 1 i 3:
- 1) przedkładają informacje niezbędne do ustalenia cen urzędowych, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia,
 - 2) mogą składać wnioski o ustalenie cen urzędowych do ministra właściwego do spraw zdrowia.
- <1a. Złożenie wniosku lub informacji, o których mowa w ust. 1, podlega opłacie w kwocie 400 zł, która jest waloryzowana w każdym roku prognozowanym średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, przyjętym w ustawie budżetowej.**
- 1b. Uzupełnienie wniosku lub informacji, o których mowa w ust. 1, podlega opłacie w kwocie 200 zł, która jest waloryzowana w każdym roku prognozowanym średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, przyjętym w ustawie budżetowej.**
- 1c. Opłaty, o których mowa w ust. 1a i 1b, są wnoszone na rachunek urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i stanowią dochód budżetu państwa.>**
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) zakres informacji i wniosków, o których mowa w ust. 1, zawierający w szczególności:
 - a) oznaczenie przedsiębiorcy, jego siedzibę i adres,
 - b) nazwę produktu leczniczego lub wyrobu medycznego,

- c) wnioskowaną cenę wraz z uzasadnieniem,
 - d) koszty produkcji,
 - e) wielkość realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie informacji lub wniosku i deklarowanych w okresie późniejszym,
 - f) dzienny koszt terapii oraz średni koszt standardowej terapii,
 - g) strukturę i wielkość sprzedaży, na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) sposób i terminy przedkładania informacji oraz tryb i terminy rozpatrywania wniosków i informacji, uwzględniając, iż maksymalny okres rozpatrywania wniosku lub informacji nie może przekroczyć 90 dni, licząc od dnia ich złożenia, z tym że w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do ustalenia ceny urzędowej termin ten liczy się od dnia otrzymania uzupełnienia oraz że w przypadku gdy procedura ustalania ceny urzędowej występuje łącznie z rozpatrywaniem wniosku o umieszczenie danego produktu leczniczego na wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1, łączny termin nie może przekroczyć 180 dni, licząc od dnia otrzymania kompletnych informacji. W przypadku wniosku o obniżenie ceny urzędowej procedura ustalenia ceny nie może przekroczyć 30 dni.

Art. 7.

1. Przy ministrze właściwym do spraw zdrowia tworzy się Zespół do Spraw Gospodarki Lekami, zwany dalej "Zespołem".
- [2. W skład Zespołu wchodzi po trzech przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw finansów publicznych i ministra właściwego do spraw gospodarki. W pracach Zespołu mogą uczestniczyć trzej przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia, wyłonieni w trybie określonym w ust. 8 pkt 4. Członkowie Zespołu oraz ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej nie mogą być właścicielami, posiadać akcji lub udziałów oraz zasiadać we władzach spółek i przedsiębiorstw zajmujących się wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.]*
- <2. W skład Zespołu wchodzi po trzech przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw finansów publicznych i ministra właściwego do spraw gospodarki. W pracach Zespołu mogą uczestniczyć trzej przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia, wyłonieni w trybie określonym w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 4. Członkowie Zespołu, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej oraz osoby, z którymi członkowie Zespołu pozostają w stosunkach osobistych tego rodzaju, że mogłyby wywołać wątpliwości co do ich bezstronności, oraz osoby niebędące członkami Zespołu, którym zlecono przygotowanie ekspertyz i innych opracowań dla Zespołu, nie mogą być właścicielami, posiadać akcji lub udziałów oraz zasiadać w organach spółek i przedsiębiorstw zajmujących się wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.>**
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 ustalane 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 produktami leczniczymi i wyrobami 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.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, w uzgodnieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, ogłasza marże hurtową i detaliczną, przyjęte do ustalania urzędowych cen hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 5 ust. 1 i 2, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3 pkt 8 i 9.
5. Zespół przygotowuje, w drodze uchwały, stanowiska, o których mowa w ust. 3, w oparciu o informacje i wnioski, o których mowa w art. 6 ust. 1, oraz składane na podstawie

przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wnioski o umieszczenie danego produktu leczniczego i wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1.

6. Zespół informuje przedsiębiorcę o przyczynach nieuwzględnienia jego wniosku o umieszczenie w wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1, lub wnioskowanej przez niego ceny urzędowej. Przedsiębiorca może zwrócić się w terminie 14 dni od dnia otrzymania tego stanowiska o ponowne rozpatrzenie wniosku lub informacji:

- 1) w zakresie ustalenia wykazów - do ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 2) w zakresie ustalenia ceny urzędowej - do ministra właściwego do spraw zdrowia, działającego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

7. Do postępowania, o którym mowa w ust. 6, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

<7a. Rozpatrując ponownie wniosek lub informację, o których mowa w art. 6 ust. 1, oraz wniosek, o którym mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia może:

- 1) ustalić ceny urzędowe leku albo wyrobu medycznego, umieszczając go w wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1,
- 2) odmówić ustalenia cen urzędowych leku albo wyrobu medycznego i nie umieścić go w wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1, biorąc pod uwagę możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz kryteria, o których mowa w art. 7 ust. 3,
- 3) zmienić ceny urzędowe leku albo wyrobu medycznego znajdującego się na wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1,
- 4) odmówić zmiany cen urzędowych leku albo wyrobu medycznego znajdującego się na wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1, biorąc pod uwagę możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz kryteria, o których mowa w art. 7 ust. 3.

7b. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję w przypadku, o którym mowa w ust. 7a pkt 2 i 4.

7c. Od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w ust. 7b, przysługuje skarga do sądu administracyjnego.>

8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze zarządzenia:

- 1) regulamin Zespołu określający jego organizację, sposób i tryb działania, a także sposób wyłaniania przewodniczącego Zespołu,
- 2) zasady obsługi organizacyjno-technicznej Zespołu,
- 3) zasady finansowania działalności Zespołu,
- 4) tryb wyłaniania przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia.

USTAWA z dnia 6 września 2001 r. – PRAWO FARMACEUTYCZNE (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.)

Art. 28.

[1. Produkt leczniczy dopuszczony do obrotu podlega wpisowi do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zwanego dalej "Rejestrem".]

<1. Produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pozwolenia, o którym mowa w art. 7 ust. 2, podlega wpisowi do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zwanego dalej „Rejestrem”.>

2. Rejestr, o którym mowa w ust. 1, prowadzi Prezes Urzędu.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb prowadzenia Rejestru, uwzględniając w szczególności tryb postępowania przy dokonywaniu wpisów, zmian i skreśleń w Rejestrze, a także tryb jego udostępniania.

Art. 103.

1. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny cofa zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, jeżeli apteka prowadzi obrót produktami leczniczymi niedopuszczonymi do obrotu.

2. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny może cofnąć zezwolenie, jeżeli:

- 1) nie usunięto w ustalonym terminie uchybień wskazanych w decyzji wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, wydanej na podstawie ustawy;
- 2) pomimo uprzedzenia, uniemożliwiono lub utrudniono wykonywanie czynności urzędowych przez Inspekcję Farmaceutyczną lub Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) apteka nie zaspokaja w sposób uporczywy potrzeb ludności w zakresie wydawania produktów leczniczych;
- 4) apteka nie została uruchomiona w ciągu 4 miesięcy od dnia uzyskania zezwolenia lub w aptece nie jest prowadzona działalność objęta zezwoleniem przez okres co najmniej 6 miesięcy;

<4a) apteka przekazuje, z wyłączeniem Inspekcji Farmaceutycznej i Narodowego Funduszu Zdrowia, dane umożliwiające identyfikację indywidualnego pacjenta, lekarza lub świadczeniodawcy.>

- 5) nie wykonano decyzji wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, o której mowa w art. 94a ust. 3, lub decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego, o której mowa w art. 62 ust. 2.

USTAWA z dnia 28 października 2002 r. O ODPOWIEDZIALNOŚCI PODMIOTÓW ZBIOROWYCH ZA CZYNY ZABRONIONE POD GROŹBĄ KARY (Dz. U. Nr 197, poz. 1661, z późn. zm.)

Art. 16.

1. Podmiot zbiorowy podlega odpowiedzialności na podstawie ustawy, jeżeli osoba, o której mowa w art. 3, popełniła przestępstwo:

1) przeciwko obrotowi gospodarczemu, określone w:

- a) art. 296, art. 297-306 oraz art. 308 Kodeksu karnego,
- b) art. 224-232 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.),
- c) art. 38-43a ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o obligacjach (Dz. U. z 2001 r. Nr 120, poz. 1300),
- d) art. 171 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Prawo bankowe (Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 665, Nr 126, poz. 1070, Nr 141, poz. 1178, Nr 144, poz. 1208, Nr 153, poz. 1271 i Nr 169, poz. 1385 i 1387),
- e) art. 303-305 ustawy z dnia 30 czerwca 2000 r. - Prawo własności przemysłowej (Dz. U. z 2003 r. Nr 119, poz. 1117, z późn. zm.),
- f) art. 585-592 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych (Dz. U. Nr 94, poz. 1037 oraz z 2001 r. Nr 102, poz. 1117),
- g) art. 33 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. o obrocie z zagranicą towarami, technologiami i usługami o znaczeniu strategicznym dla bezpieczeństwa państwa, a także dla utrzymania międzynarodowego pokoju i bezpieczeństwa (Dz. U. z 2004 r. Nr 229, poz. 2315),
- h) art. 36 oraz art. 37 ustawy z dnia 22 czerwca 2001 r. o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym (Dz. U. Nr 67, poz. 679 oraz z 2002 r. Nr 74, poz. 676 i Nr 117, poz. 1007),
- i) art. 18a ustawy z dnia 20 lipca 2001 r. o kredycie konsumenckim (Dz. U. Nr 100, poz. 1081, z późn. zm.);

2) przeciwko obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, określone w:

- a) art. 310-314 Kodeksu karnego,
- b) art. 178-180 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (Dz. U. Nr 183, poz. 1538),
- c) art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o listach zastawnych i bankach hipotecznych (Dz. U. Nr 140, poz. 940, z 1998 r. Nr 107, poz. 669, z 2000 r. Nr 6, poz. 70 i Nr 60, poz. 702, z 2001 r. Nr 15, poz. 148 i Nr 39, poz. 459 oraz z 2002 r. Nr 126, poz. 1070 i Nr 153, poz. 1271),
- d) art. 99-101 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzania instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych (Dz. U. Nr 184, poz. 1539);

[3] łapownictwa i płatnej protekcji, określone w art. 228-230a, art. 250a, art. 296a i art. 296b Kodeksu karnego;]

<3) łapownictwa i płatnej protekcji, określone w:

a) art. 228-230a, art. 250a, art. 296a i art. 296b Kodeksu karnego,

b) art. 192a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.);>

- 4) przeciwko ochronie informacji, określone w art. 267-269 Kodeksu karnego;
 - 5) przeciwko wiarygodności dokumentów, określone w art. 270-273 Kodeksu karnego;
 - 6) przeciwko mieniu, określone w art. 286 i 287 oraz w art. 291-293 Kodeksu karnego;
 - 7) przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, określone w art. 199-200 i art. 203-204 Kodeksu karnego;
 - 8) przeciwko środowisku, określone w:
 - a) art. 181-184 oraz art. 186-188 Kodeksu karnego,
 - b) art. 34 ustawy z dnia 11 stycznia 2001 r. o substancjach i preparatach chemicznych (Dz. U. Nr 11, poz. 84, Nr 100, poz. 1085, Nr 123, poz. 1350 i Nr 125, poz. 1367 oraz z 2002 r. Nr 135, poz. 1145 i Nr 142, poz. 1187),
 - c) art. 19 ustawy z dnia 30 lipca 2004 r. o międzynarodowym obrocie odpadami (Dz. U. Nr 191, poz. 1956),
 - d) art. 58-64 ustawy z dnia 22 czerwca 2001 r. o organizmach genetycznie zmodyfikowanych (Dz. U. Nr 76, poz. 811 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253 i Nr 41, poz. 365);
 - 9) przeciwko porządkowi publicznemu, określone w art. 252 i 253, art. 256-258, art. 263 oraz w art. 264 Kodeksu karnego;
 - 10) określone w art. 23-24b ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503, z późn. zm.);
 - 11) przeciwko własności intelektualnej, określone w art. 115-118¹ ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 80, poz. 904, z 2001 r. Nr 128, poz. 1402 oraz z 2002 r. Nr 126, poz. 1068);
 - 12) o charakterze terrorystycznym;
 - 13) określone w art. 53, art. 55 ust. 1 i 3, art. 56 ust. 1 i 3, art. 57, art. 58, art. 59 ust. 1 i 2, art. 61, art. 62 ust. 1 i 2, art. 63, art. 64 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826);
 - 14) określone w art. 124, 124a, 126, 130 i 132d ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.).
2. Podmiot zbiorowy podlega również odpowiedzialności na podstawie ustawy, jeżeli osoba, o której mowa w art. 3, popełniła przestępstwo skarbowe:
- 1) przeciwko obowiązkowi podatkowemu i rozliczeniom z tytułu dotacji lub subwencji, określone w art. 54 § 1 i 2, art. 55 § 1 i 2, art. 56 § 1 i 2, art. 58 § 2 i 3, art. 59 § 1-3, art. 60 § 1-3, art. 61 § 1, art. 62 § 1-4, art. 63 § 1-4, art. 64 § 1, art. 65 § 1-3, art. 66 § 1, art. 67 § 1 i 2, art. 68 § 1, art. 69 § 1-3, art. 70 § 1-4, art. 71-72, art. 73 § 1, art. 73a § 1 i 2, art. 74 § 1-3, art. 75 § 1 i 2, art. 76 § 1 i 2, art. 77 § 1 i 2, art. 78 § 1 i 2, art. 80 § 1-3, art. 80a § 1, art. 82 § 1 oraz art. 83 § 1 Kodeksu karnego skarbowego;

- 2) przeciwko obowiązkom celnym oraz zasadom obrotu z zagranicą towarami i usługami, określone w art. 85 § 1 i 2, art. 86 § 1-3, art. 87 § 1-3, art. 88 § 1 i 2, art. 89 § 1 i 2, art. 90 § 1 i 2, art. 91 § 1-3, art. 92 § 1 i 2, art. 93, 94 § 1 i 2 oraz art. 95 § 1 Kodeksu karnego skarbowego;
- 3) przeciwko obrotowi dewizowemu, określone w art. 97 § 1-3, art. 98 § 1, art. 99 § 1 i 2, art. 101 § 1, art. 102 § 1, art. 103 § 1, art. 104 § 1, art. 105 § 1, art. 106 § 1, art. 106a § 1, art. 106b § 1, art. 106c § 1, art. 106d § 1, art. 106i § 1 oraz art. 106j § 1 Kodeksu karnego skarbowego;
- 4) przeciwko organizacji gier losowych, gier na automatach i zakładów wzajemnych, określone w art. 107 § 1-3, art. 107a § 1, art. 108, art. 109 oraz art. 110 Kodeksu karnego skarbowego.

USTAWA z dnia 8 września 2006 r. O PAŃSTWOWYM RATOWNICTWIE
MEDYCZNYM (Dz.U. Nr 191, poz. 1410)

[Art. 7.

1. Dysponent jednostki ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy:
 - 1) wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych przez wykonujące te czynności zespoły ratownictwa medycznego;
 - 2) udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitalne oddziały ratunkowe.
2. Dysponent jednostki ma obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody, o których mowa w ust. 1.
3. Posiadanie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w ust. 2, jest warunkiem niezbędnym do zawarcia umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 2, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę zakres zadań realizowanych przez dysponenta jednostki.]