

Materiał porównawczy

do ustawy z dnia 21 listopada 2008 r.

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

(druk nr 376)

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027)

[Art. 14a.

- 1. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych przysługuje roszczenie o zwrot poniesionych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wobec osoby, która popełniła umyślne przestępstwo, stwierdzone prawomocnym wyrokiem, którego skutkiem jest konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej. Roszczenie nie przysługuje w przypadkach, o których mowa w art. 14b ust. 1.*
- 2. Roszczenie, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje z tytułu poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych sprawcy przestępstwa, o którym mowa w ust. 1.*

Art. 14b.

- 1. Fundusz pokrywa koszty świadczeń opieki zdrowotnej ze środków, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 7a, w przypadkach gdy:
 - 1) konieczność ich udzielenia jest następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, a posiadacz tego pojazdu ma obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, oraz*
 - 2) posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania na zasadach określonych w art. 34 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.).**
- 2. Funduszowi nie przysługują roszczenia z tytułu poniesienia kosztów świadczeń, o których mowa w ust. 1.]*

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 osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3;
 - 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 2a, 3 i 3b, uwzględniającą koszty administracyjne, z zastrzeżeniem ust. 9.]*
- <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.>**
- [9. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 3, z wyjątkiem kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a.]*

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 2a, 3 i 3b;
 - 6) środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych;
 - 7) przychody z lokat;

[7a) środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;]

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;

[1a) koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14b ust. 1;]

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 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.

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,

[c) rezerwy na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a;]

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 ubezpieczonych;

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 Funduszowi z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

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.]*
- <7. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. b, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia oraz 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.
- [10. W przypadku gdy w danym roku obrotowym wysokość kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a, jest wyższa od wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, różnica jest pokrywana z rezerwy ogólnej Funduszu.*
- 11. W przypadku gdy w danym roku obrotowym wysokość kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a, jest niższa od wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, różnicę przeznaczają się na powiększenie wysokości tej rezerwy w następnym roku obrotowym.]*

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. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, oraz w przypadku przeznaczenia rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, zgodnie z art. 124 ust. 11, przepisu art. 118 ust. 1 nie stosuje się.]

[6. 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 oraz środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu przy uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c.]

<6. 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. 131a.

1. *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Komisji Nadzoru Finansowego oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wskaźnika wynikającego z kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14b ust. 1, uwzględniając wysokość tych kosztów, wysokość zbioru składek brutto z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz wysokość wpływów Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.*
2. *Wysokość wskaźnika, o którym mowa w ust. 1, określana jest corocznie, w terminie do 30 września, i ma zastosowanie w roku następnym.*
3. *Wskaźnik, o którym mowa w ust. 1, jest ilorazem wysokości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14b ust. 1, oraz sumy wysokości zbioru składek brutto, z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych i wysokości wpływów Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, prognozowanych na rok następny.*
4. *Na wniosek Funduszu, nie częściej niż co miesiąc, Policja przekazuje Funduszowi odpłatnie, uwzględniając rzeczywiste koszty przekazania, informacje odrębne dla każdego zdarzenia o:*
 - 1) *osobach poszkodowanych na skutek zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych obejmujące dla każdej osoby: imię i nazwisko, imię ojca oraz numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL - datę urodzenia i obywatelstwo;*
 - 2) *sprawcach zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych obejmujących dla każdej osoby: imię i nazwisko, imię ojca oraz numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL - datę urodzenia i obywatelstwo;*
 - 3) *tym, czy sprawcą zdarzenia zaistniałego w związku z ruchem pojazdów mechanicznych była osoba kierująca pojazdem mechanicznym, czy inna osoba;*

- 4) dacie i miejscu zdarzenia zaistniałego w związku z ruchem pojazdów mechanicznych.
5. Jeżeli jest to konieczne dla ustalenia uczestników lub sprawcy zdarzenia, na zasadach i w zakresie określonym w ust. 4, Fundusz może się zwrócić o udzielenie informacji również do Krajowego Rejestru Karnego, sądu lub innego organu prowadzącego postępowanie w sprawie wypadku drogowego.]

[Art. 136a.

Kwota, o której mowa w art. 136 pkt 5, nie zawiera zobowiązań z tytułu kosztów pokrywanych z rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c.]

USTAWA z dnia 22 maja 2003 r. O UBEZPIECZENIACH OBOWIĄZKOWYCH, UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZU GWARANCYJNYM I POLSKIM BIURZE UBEZPIECZYCIELI KOMUNIKACYJNYCH (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.)

[Art. 43a.

1. Zakłady ubezpieczeń wykonujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przekazują do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:
- 1) opłatę ryczałtową określaną jako iloczyn wysokości zbioru składek brutto za dany miesiąc z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz wskaźnika, o którym mowa w art. 131a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.);
 - 2) informację o wysokości zbioru składek brutto, o których mowa w pkt 1.
2. Opłata ryczałtowa oraz informacja, o których mowa w ust. 1, są przekazywane miesięcznie w terminie do dwudziestego dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.]

[Art. 119a.

1. Fundusz przekazuje do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:
- 1) opłatę ryczałtową określaną jako iloczyn wysokości wpływów za dany miesiąc z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz wskaźnika, o którym mowa w art. 131a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 2) informację o wysokości wpływów, o których mowa w pkt 1.
2. Opłata ryczałtowa oraz informacja, o których mowa w ust. 1, są przekazywane miesięcznie w terminie do dwudziestego dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.]

USTAWA z dnia 29 czerwca 2007 r. O ZMIANIE USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH ORAZ USTAWY O UBEZPIECZENIACH OBOWIĄZKOWYCH, UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZU GWARANCYJNYM I POLSKIM BIURZE UBEZPIECZYCIELI KOMUNIKACYJNYCH (Dz. U. Nr 133, poz. 922 i Nr 166, poz. 1172)

Art. 4.

1. W okresie od dnia 1 października 2007 r. do dnia 31 grudnia 2008 r.:

- 1) wysokość wskaźnika, o którym mowa w art. 131a ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, ustala się na poziomie 0,12;
- 2) wysokość środków finansowych otrzymywanych przez świadczeniodawcę z rezerwy wymienionej w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, ustala się uwzględniając: wysokość tej rezerwy, wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej będących następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, poniesionych przez świadczeniodawcę oraz łączną wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej będących następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych, poniesionych przez świadczeniodawców;
- 3) do wyliczenia wysokości opłaty ryczałtowej, o której mowa w art. 43a ust. 1 pkt 1 i art. 119a ust. 1 pkt 1 ustawy, o której mowa w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się wysokość wskaźnika ustalonego w pkt 1.

[2. Wysokość wskaźnika, o którym mowa w art. 131a ust. 1 ustawy wymienionej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, na rok 2009 określa się w terminie do dnia 30 listopada 2008 r.]