

153

USTAWA

z dnia 6 lutego 1997 r.

o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Wprowadza się powszechne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, zwane dalej „ubezpieczeniem zdrowotnym”.

Art. 2. 1. Świadczenia określone w przepisach ustawy udzielane są w razie choroby lub urazu, ciąży, porodu i połogu, powszechnej akcji zapobiegania chorobom oraz konieczności dokonania oceny stanu zdrowia wymaganej na podstawie odrębnych przepisów i przysługują:

- 1) osobom podlegającym obowiązkowi ubezpieczenia,
- 2) członkom rodziny osób, o których mowa w pkt 1.

2. Ubezpieczonymi są:

- 1) osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) cudzoziemcy zamieszkujący lub przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem art. 10,
- którzy spełnili warunki określone w art. 3.

3. Za członka rodziny uważa się małżonka, dziecko własne, dziecko drugiego małżonka, dziecko przysposobione oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej — do ukończenia 18 lat, a jeżeli kształci się dalej — do ukończenia 26 lat, a także innych członków rodziny zamieszkałych wspólnie z ubezpieczonym, pozostających na jego wyłącznym utrzymaniu.

Art. 3. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za wykonany po zgłoszeniu osoby podlegającej ubezpieczeniu oraz opłaceniu składki w terminie określonym na podstawie ustawy do kasy powszech-

nego ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Wymóg zgłoszenia nie dotyczy osób objętych ubezpieczeniem społecznym rolników. Obowiązek ubezpieczenia tych osób uważa się za wykonany z dniem objęcia ubezpieczeniem społecznym rolników.

Art. 4. Państwo gwarantuje ubezpieczonym udzielanie świadczeń określonych w ustawie.

Art. 5. Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega kompensacie na zasadach określonych w ustawie.

Art. 6. 1. Zadania z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego realizują kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. W realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, uczestniczą inne podmioty określone ustawą.

Art. 7. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

- 1) artykułach sanitarnych — rozumie się przez to materiały i preparaty opatrunkowe przeznaczone dla celów medycznych oraz środki ich mocowania,
- 2) bezrobotnym — rozumie się przez to bezrobotnego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 1997 r. Nr 25, poz. 128),
- 3) kombatancie — rozumie się przez to 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. Nr 17, poz. 75 i Nr 104, poz. 450, z 1992 r. Nr 21, poz. 85, z 1993 r. Nr 29, poz. 133, Nr 129, poz. 602 i Nr 134, poz. 645, z 1994 r. Nr 99, poz. 482, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 138, poz. 681 oraz z 1997 r. Nr 15, poz. 83),

- 4) lecznictwie uzdrowiskowym — rozumie się przez to zakłady i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, określone w ustawie z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym (Dz. U. Nr 23, poz. 150, z 1987 r. Nr 33, poz. 180, z 1989 r. Nr 35, poz. 192 i z 1990 r. Nr 34, poz. 198),
- 5) leku recepturowym — rozumie się przez to leki sporządzone w aptece na podstawie recepty,
- 6) leku uzupełniającym — rozumie się przez to leki wspomagające lub uzupełniające działanie leków podstawowych, a także leki najnowszej generacji o zbliżonych właściwościach terapeutycznych a wysokiej cenie,
- 7) leku podstawowym — rozumie się przez to leki ratujące życie lub niezbędne w terapii i dla podtrzymania zdrowia, najbardziej uzasadnione w danej grupie leków,
- 8) lekarzu — rozumie się przez to również lekarza stomatologa,
- 9) lekarzu ubezpieczenia zdrowotnego — rozumie się przez to lekarza zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego zawód poza zakładem opieki zdrowotnej, z którym to zakładem bądź lekarzem zawarto umowę o udzielanie ubezpieczonym świadczeń z zakresu podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- 10) materiałach medycznych — rozumie się przez to artykuły sanitarne oraz inne materiały medyczne w rozumieniu ustawy z dnia 10 października 1991 r. o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i nadzorze farmaceutycznym (Dz. U. Nr 105, poz. 452, z 1993 r. Nr 16, poz. 68 i Nr 47, poz. 211, z 1996 r. Nr 106, poz. 496 oraz z 1997 r. Nr 28, poz. 152),
- 11) nazwie handlowej leku — rozumie się przez to nazwę zastrzeżoną przez producenta,
- 12) nazwie międzynarodowej leku — rozumie się przez to nazwę leku ustaloną przez Światową Organizację Zdrowia,
- 13) najniższym wynagrodzeniu — rozumie się przez to najniższe wynagrodzenie pracowników, ogłoszone przez Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie Kodeksu pracy,
- 14) osobie pobierającej emeryturę lub rentę — rozumie się przez to osobę objętą zaopatrzeniem emerytalno-rentowym, określonym w odrębnych przepisach, lub osobę pobierającą emeryturę lub rentę zagraniczną,
- 15) przeciętnym wynagrodzeniu — rozumie się przez to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w gospodarce narodowej z poprzedniego kwartału, ogłoszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”,
- 16) świadczeniu zdrowotnym — rozumie się przez to świadczenie określone w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682 oraz z 1996 r. Nr 24, poz. 110),
- 17) ubezpieczeniu społecznym rolników — rozumie się przez to ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1993 r. Nr 71, poz. 342, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 124, poz. 585, Nr 136, poz. 636 i Nr 155, poz. 771),
- 18) ubezpieczeniu społecznym pracowników — rozumie się przez to ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 25 listopada 1986 r. o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 1989 r. Nr 25, poz. 137 i Nr 74, poz. 441, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 7, poz. 24, Nr 104, poz. 450 i Nr 110, poz. 474, z 1994 r. Nr 84, poz. 385 oraz z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 85, poz. 426),
- 19) ubezpieczeniu społecznym — rozumie się przez to ubezpieczenie określone w ustawach wymienionych w art. 170,
- 20) zawodzie medycznym — rozumie się przez to zawód, który na podstawie odrębnych przepisów uprawnia do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Rozdział 2

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 8. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

- 1) osoby objęte ubezpieczeniem społecznym:
 - a) pracowników,
 - b) rolników,
 - c) osób prowadzących działalność gospodarczą oraz ich rodzin,
 - d) osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia,
 - e) członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych i ich rodzin,
 - f) osób duchownych,
 - g) twórców i ich rodzin,
 - h) adwokatów,
- 2) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową,
- 3) policjanci,
- 4) funkcjonariusze Urzędu Ochrony Państwa,
- 5) funkcjonariusze Straży Granicznej,
- 6) funkcjonariusze Służby Więziennej,
- 7) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej,
- 8) posłowie i senatorowie,
- 9) osoby pobierające emerytury lub renty,
- 10) dzieci oraz uczniowie i słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty — nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu,
- 11) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich — nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu,
- 12) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej,

- 13) bezrobotni,
- 14) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne z urzędu pracy,
- 15) osoby pobierające rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,
- 16) kombatancki nie podlegający ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub nie pobierający emerytury lub renty,
- 17) osoby korzystające z urlopu wychowawczego — nie pozostające na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu.

Art. 9. 1. Osoby nie wymienione w art. 8 mogą zostać ubezpieczone na podstawie pisemnego wniosku złożonego w kasie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Podstawę wymiaru składki dla osób, o których mowa w ust. 1, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej najniższemu wynagrodzeniu.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem zgłoszenia się do ubezpieczenia zdrowotnego i opłacenia składki, a przestają być nim objęte z dniem złożenia wniosku o rezygnację z ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 10. Nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego obywatele państw obcych, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej nie ma charakteru stałego i którzy są zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe stanowią inaczej.

Art. 11. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniem społecznym, o których mowa w art. 8 pkt 1, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym pracowników, a w stosunku do rolników — w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Art. 12. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób wymienionych w art. 8 pkt 2—7 powstaje z dniem nawiązania stosunku służbowego, a wygasa z dniem jego ustania.

Art. 13. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego posłów i senatorów powstaje z dniem otrzymania uposażenia, a wygasa z dniem zaprzestania pobierania uposażenia.

Art. 14. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego emerytów i rencistów powstaje z dniem pobrania emerytury lub renty, a wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia.

Art. 15. Obowiązek ubezpieczenia:

- 1) uczniów i słuchaczy, wymienionych w art. 8 pkt 10 — powstaje z dniem przyjęcia do szkoły lub zakładu kształcenia nauczycieli, a wygasa z dniem ukoń-

czenia szkoły lub zakładu kształcenia nauczycieli albo skreślenia z listy uczniów lub słuchaczy,

- 2) dzieci, uczniów i słuchaczy, wymienionych w art. 8 pkt 10, przebywających w placówce opiekuńczo-wychowawczej, resocjalizacyjnej lub w domu pomocy społecznej — powstaje z dniem przyjęcia do placówki albo domu, a wygasa z końcem pobytu w placówce bądź domu,
- 3) osób wymienionych w art. 8 pkt 11 i 12 — powstaje z dniem immatrykulacji i złożenia ślubowania lub przyjęcia na studia doktoranckie, a wygasa z dniem uzyskania statusu absolwenta lub ukończenia studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich,
- 4) bezrobotnych — powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego, a wygasa z dniem utraty tego statusu,
- 5) osób pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne z urzędu pracy — obejmuje okres pobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego,
- 6) osób pobierających rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej — obejmuje okres pobierania renty lub zasiłku,
- 7) osób korzystających z urlopu wychowawczego — powstaje z dniem rozpoczęcia urlopu, a wygasa z dniem zakończenia urlopu.

Art. 16. 1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniem społecznym stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego.

2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób wymienionych w art. 8 pkt 2—8 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego pracowników.

Art. 17. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób, tryb i terminy zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego:

- 1) osób pobierających emeryturę lub rentę, dzieci i uczniów, studentów i uczestników studiów doktoranckich, słuchaczy Krajowej Szkoły Administracji Publicznej, bezrobotnych, osób pobierających zasiłek przedemerytalny, świadczenie przedemerytalne, rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,
- 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 3, art. 8 pkt 16 i 17 i art. 9.

Art. 18. 1. Dowodem objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym jest karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego, zwana dalej „kartą identyfikacyjną”.

2. Karta identyfikacyjna powinna zawierać w szczególności:

- 1) nazwisko,
- 2) imiona,

- 3) datę urodzenia,
- 4) adres miejsca zamieszkania,
- 5) numer ewidencyjny PESEL,
- 6) poświadczenie opłacenia składek.

3. Kartę identyfikacyjną otrzymują osoby uprawnione, o których mowa w art. 2, w dniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

4. Przepis ust. 1 nie dotyczy dzieci od dnia urodzenia do ukończenia 3 miesiąca życia.

5. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty identyfikacyjnej, tryb jej wydawania i anulowania oraz sposób poświadczenia opłacenia składek.

Rozdział 3

Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 19. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 10 procent podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 20 ust. 1.

Art. 20. 1. Składka dla rolnika i pracujących z nim domowników w rozumieniu przepisów ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników wynosi łącznie jedną dwunastą kwoty odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z jednego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego, z zastrzeżeniem ust. 2.

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

3. Składka rolnika na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje wszystkie osoby, za które rolnik opłaca składkę na ubezpieczenie społeczne rolników.

Art. 21. 1. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 8 pkt 1 lit. a), c)—h), stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne tych osób.

2. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób wymienionych w art. 8 pkt 2—7 stosuje się odpowiednio przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne pracowników.

3. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) osób wymienionych w art. 8 pkt 8 — jest kwota odpowiadająca wysokości uposażenia posła lub senatora,
- 2) osób wymienionych w art. 8 pkt 9 — jest kwota odpowiadająca wysokości emerytury lub renty,
- 3) osób wymienionych w art. 8 pkt 10 i 11 — jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej,

4) osób wymienionych w art. 8 pkt 12 — jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium,

5) osób wymienionych w art. 8 pkt 13 — jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium z Funduszu Pracy; w przypadku niepobierania przez bezrobotnego zasiłku lub stypendium — jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej,

6) osób wymienionych w art. 8 pkt 14 — jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego,

7) osób wymienionych w art. 8 pkt 15 — jest kwota odpowiadająca wysokości renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,

8) osób wymienionych w art. 8 pkt 16 — jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej,

9) osób wymienionych w art. 8 pkt 17 — jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku wychowawczego.

4. Rada Ministrów po zasięgnięciu opinii Rady Krajowego Związku Kas określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz terminy, tryb i kontrolę jej opłacania.

Art. 22. Jeżeli ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego źródła, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od wszystkich tych przychodów, dla których podstawa wymiaru składki jest określona w art. 21.

Art. 23. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, z zastrzeżeniem art. 24 i 25.

Art. 24. 1. Za osobę pozostającą w stosunku pracy lub w stosunku służbowym składkę jako płatnik oblicza, pobiera i odprowadza pracodawca, a w razie wypłaty świadczeń pracowniczych z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, o którym mowa w ustawie z dnia 29 grudnia 1993 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 1994 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 87, poz. 435 i z 1996 r. Nr 5, poz. 34) — podmiot zobowiązany do wypłaty tych świadczeń.

2. Za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia składkę jako płatnik oblicza, pobiera i odprowadza zleceniodawca.

3. Za bezrobotnego pobierającego zasiłek lub stypendium, osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne składkę jako płatnik oblicza, pobiera i odprowadza właściwy urząd pracy.

4. Za osobę objętą ubezpieczeniem społecznym członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz ich rodzin składkę jako płatnik oblicza, pobiera i odprowadza spółdzielnia.

5. Za osobę pobierającą uposażenie posła lub senatora składkę jako płatnik oblicza, pobiera i odprowadza Kancelaria Sejmu lub Kancelaria Senatu.

6. Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera i odprowadza Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo inna instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę.

7. Za osobę, o której osoba w art. 8 pkt 12, składkę jako płatnik oblicza, pobiera i odprowadza Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

Art. 25. 1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) rolników, z wyjątkiem rolników prowadzących działy specjalne — opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
- 2) bezrobotnych nie pobierających zasiłku lub stypendium — opłaca właściwy urząd pracy,
- 3) osób pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne — opłaca właściwy urząd pracy,
- 4) osób pobierających rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej — opłaca jednostka pomocy społecznej przyznająca rentę lub zasiłek,
- 5) dzieci, uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 8 pkt 10, przebywających w placówce opiekuńczo-wychowawczej, resocjalizacyjnej lub w domu pomocy społecznej — opłaca placówka lub dom, a uczniów i słuchaczy nie przebywających w takiej placówce — szkoła lub zakład kształcenia nauczycieli, do którego uczeń lub słuchacz uczęszcza,
- 6) studentów i uczestników studiów doktoranckich, o których mowa w art. 8 pkt 11 — opłaca szkoła wyższa lub inna placówka naukowa, w której osoby te odbywają studia,
- 7) kombatantów, o których mowa w art. 8 pkt 16 — opłaca Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych,
- 8) osób, o których mowa w art. 8 pkt 17, pobierających zasiłek wychowawczy — opłaca pracodawca lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2. Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób wymienionych w ust. 1, a także osób, którym przyznano renty na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz członków ich rodzin, są finansowane z budżetu państwa.

Art. 26. 1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 23—25, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy do 15 dnia następnego miesiąca, w oparciu o sporządzoną deklarację rozliczeniową.

2. Składki są opłacane, ewidencjonowane i rozliczane w kasie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Finansów i po zasięgnięciu opinii Rady Krajowego Związku Kas określi, w drodze rozporządzenia, wzór deklaracji rozliczeniowej oraz szczegółowy sposób i tryb dokonywania rozliczeń związanych z opłatą składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Art. 27. Od nie opłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne kasa powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych przepisami o zobowiązaniach podatkowych.

Art. 28. 1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz należności z tytułu odsetek za zwłokę, nie opłacone w terminie, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

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

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

Art. 29. 1. Nadpłaconą składkę zalicza się na poczet następnych należnych składek, a jeżeli obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego wygaś — nadpłacona składka podlega zwrotowi.

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

Art. 30. 1. Składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu od podatku dochodowego na zasadach określonych w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 1993 r. Nr 90, poz. 416 i Nr 134, poz. 646, z 1994 r. Nr 43, poz. 163, Nr 90, poz. 419, Nr 113, poz. 547, Nr 123, poz. 602 i Nr 126, poz. 626, z 1995 r. Nr 5, poz. 25 i Nr 133, poz. 654 oraz z 1996 r. Nr 25, poz. 113, Nr 87, poz. 395, Nr 137, poz. 638, Nr 147, poz. 686 i Nr 156, poz. 776).

2. Minister Finansów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb odliczania składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne od:

- 1) podatku dochodowego pobieranego w formie karty podatkowej,
- 2) zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów ewidencjonowanych oraz od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne,
- 3) podatku dochodowego od przychodów osób duchownych pobieranego w formie ryczałtu.

3. Odliczenia, o których mowa w ust. 1 i 2, nie mogą spowodować zmniejszenia dochodów gmin.

Rozdział 4

Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 31. 1. Ubezpieczonym przysługują następujące świadczenia:

- 1) zdrowotne, służące zachowaniu, przywracaniu, poprawie i promocji zdrowia, a także ratowaniu życia, a w szczególności badania, porady i zabiegi lekarskie, badania diagnostyczne, leczenie i rehabilitacja lecznicza, opieka pielęgnacyjna oraz szczepienia ochronne i planowe działania zapobiegawcze, z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 1, 3 i 4,
- 2) orzekanie o stanie zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 3 i 5,
- 3) opieka nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, opieka prenatalna nad płodem i opieka nad noworodkiem,
- 4) z zakresu stomatologii, z zastrzeżeniem art. 34 ust. 1 pkt 1,
- 5) zaopatrzenie w leki i materiały medyczne, z zastrzeżeniem art. 35 ust. 1,
- 6) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne, z zastrzeżeniem art. 47 ust. 1,
- 7) lecznictwa uzdrowiskowego, z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 2,
- 8) opiekuńczo-lecznicze,
- 9) przewozy środkiem transportu sanitarnego, z zastrzeżeniem art. 50.

2. Ubezpieczonym nie przysługują:

- 1) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach nie będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia,
- 2) zabiegi przyrodolecznicze w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych nie związane z chorobą podstawową lub zespołem chorób, stanowiących bezpośrednią przyczynę skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
- 3) orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie ubezpieczonego, z wyjątkiem orzeczeń i zaświadczeń wydawanych w związku z koniecznością prowadzenia dalszego leczenia i rehabilitacji lub niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki i uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku oraz z wyjątkiem orzeczeń i zaświadczeń wydawanych dla celów wymiaru sprawiedliwości i pomocy społecznej,
- 4) szczepienia ochronne, inne niż wprowadzone na mocy odrębnych przepisów jako powszechnie obowiązujące,
- 5) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych.

Art. 32. Ubezpieczony ma prawo, w zakresie określonym w art. 31 ust. 1, do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej.

Art. 33. 1. Osoby, których okres ubezpieczenia zdrowotnego wynosi co najmniej 12 miesięcy, zachowują po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczeniowego prawo do świadczeń określonych w przepisach ustawy przez okres 3 miesięcy:

2. Przepis ust. 1 dotyczy także osób, o których mowa w art. 2 ust. 3.

Art. 34. 1. Ubezpieczeni wnoszą dopłaty za:

- 1) świadczenia z zakresu stomatologii związane z zastosowaniem materiałów medycznych i wykonywaniem czynności technicznych,
- 2) zryczałtowane koszty zakwaterowania i wyżywienia za pobyt w szpitalu, nie więcej jednak niż za 10 dni w roku kalendarzowym, z zastrzeżeniem ust. 5.

2. Wysokość dopłat, o których mowa w ust. 1 pkt 1, za świadczenia związane z zastosowaniem materiałów nie może przekraczać 25% kosztów tych materiałów, a za świadczenia związane z wykonaniem czynności technicznych — 50% kosztów tych świadczeń.

3. Koszty zakwaterowania i wyżywienia, o których mowa w ust. 1 pkt 2, za jeden dzień pobytu nie mogą przekroczyć 1/40 najniższego wynagrodzenia.

4. Nie wnoszą dopłat za świadczenia z zakresu stomatologii dzieci do ukończenia 18 roku życia, kobiety w ciąży, inwalidzi wojenni i członkowie ich rodzin oraz inwalidzi wojskowi.

5. Nie wnoszą dopłaty za pobyt w szpitalu:

- 1) dzieci, uczniowie, słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli i studenci, jeżeli nie pozostają w stosunku pracy,
- 2) osoby, których jedynym źródłem dochodu jest emerytura lub renta nie przekraczająca najniższego wynagrodzenia,
- 3) inwalidzi wojenni, członkowie ich rodzin oraz inwalidzi wojskowi,
- 4) osoby pobierające rentę socjalną lub zasiłek stały z pomocy społecznej,
- 5) zastężeni honorowi dawcy krwi,
- 6) dawcy narządów lub tkanek,
- 7) osoby chore na chorobę zakaźną, gruźlicę, cukrzycę, chorobę nowotworową, chorobę weneryczną oraz na choroby psychiczne — jeżeli pobyt w szpitalu wiąże się z leczeniem tych chorób,
- 8) osoby uzależnione od środków odurzających w związku z leczeniem uzależnienia,
- 9) żołnierze w czynnej służbie wojskowej, z wyjątkiem żołnierzy, o których mowa w art. 8 pkt 2,
- 10) osoby odbywające zasadniczą służbę w obronie cywilnej oraz służbę zastępczą,
- 11) osoby uzyskujące dochód w wysokości uprawniającej do świadczeń z pomocy społecznej,
- 12) osoby uczestniczące w akcjach ratowniczych, jeżeli pobyt w szpitalu jest skutkiem udziału w akcji ratowniczej.

6. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowe zasady ustalania dopłat, rodzajów świadczeń i czynności technicznych, o których mowa w ust. 1 pkt 1,
- 2) wysokość ryczałtowych dopłat, o których mowa w ust. 1 pkt 2.

Art. 35. 1. Zaopatrzenie w leki i materiały medyczne przysługuje ubezpieczonemu na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do felczera (starszego felczera) ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 36. Leki i materiały medyczne wydaje się bezpłatnie ubezpieczonemu przyjętym do szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przeznaczonych dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy doraźnej.

Art. 37. 1. Leki podstawowe, leki uzupełniające i leki recepturowe są wydawane ubezpieczonemu na podstawie recepty w aptekach ogólnodostępnych lub aptekach zakładowych podległych Ministrom Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych i Administracji, a także aptekach zakładowych przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe”:

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

2. Jeżeli cena leku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest niższa od opłaty ryczałtowej, opłata ta równa jest cenie leku.

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

4. Opłata ryczałtowa nie może przekraczać 0,5% najniższego wynagrodzenia w przypadku leku podstawowego oraz 1,5% najniższego wynagrodzenia w przypadku leku recepturowego.

5. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określa, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykazy leków podstawowych i uzupełniających,
- 2) wysokość opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe,
- 3) wysokość odpłatności za leki uzupełniające,

4) ilość leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposób obliczania kosztu sporządzenia leku recepturowego.

6. Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 5, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej wydaje z własnej inicjatywy lub na wniosek Rady Krajowego Związku Kas.

7. Wykazy leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w ust. 5 pkt 1, aktualizowane są co najmniej raz w roku.

Art. 38. 1. Wprowadza się limity cen dla leków zawartych w wykazach, o których mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1, posiadających tę samą nazwę międzynarodową albo różne nazwy międzynarodowe, ale o podobnym działaniu terapeutycznym.

2. Limity cen, o których mowa w ust. 1, ustalane są w wysokości nie niższej niż cena najtańszego dostępnego na rynku leku z grupy leków objętych tą samą nazwą międzynarodową albo leków posiadających różne nazwy międzynarodowe, ale o podobnym działaniu terapeutycznym.

3. Apteka może wydać lek umieszczony w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, którego cena przekracza limit ceny, pobierając dodatkową dopłatę w wysokości różnicy między ceną wydawanego leku a wysokością limitu ceny.

4. Jeżeli w wykazach, o których mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1, zamieszczono nazwę międzynarodową leku, apteka może wydać, na zasadach określonych w art. 37 ust. 1, również inny lek dopuszczony do obrotu, nie zamieszczony w tych wykazach, a objęty tą samą nazwą międzynarodową, pod warunkiem że jego cena nie jest wyższa od limitu ceny, a jeżeli limit nie został ustalony — od ceny leku zamieszczonego w wykazach.

5. Apteka ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia leku o tej samej nazwie międzynarodowej, którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty, wskazującej na niemożność dokonywania zamiany przepisanego leku.

6. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej na wniosek i po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej ustala limity cen leków posiadających tę samą nazwę międzynarodową oraz leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, a wymienionych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1.

7. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Rady Krajowego Związku Kas określa, w drodze zarządzenia, kryteria kwalifikacji leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, do grupy objętej wspólnym limitem ceny.

8. Rada Krajowego Związku Kas może ustalić limit ceny artykułu sanitarnego wydawanego na zasadach określonych w art. 41.

Art. 39. 1. Osobom chorującym na choroby zakaźne i psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte, leki, preparaty diagnostyczne oraz sprzęt jednorazowego użytku mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.

2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej na wniosek i po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określa, w drodze rozporządzenia, wykaz chorób wymienionych w ust. 1 oraz wykaz leków, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego użytku, które ze względu na te choroby mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.

3. Przepisy art. 38 ust. 4, 6 i 7 stosuje się odpowiednio.

Art. 40. Jeżeli ubezpieczony chorujący na wrodzoną lub nabytą chorobę przewlekłą powinien z bezwzględnych wskazań lekarskich przyjmować lek nie objęty wykazem leków podstawowych, uzupełniających lub wykazem, o którym mowa w art. 39 ust. 2, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wystawia receptę uprawniającą do nabycia niezbędnego leku na zasadach dotyczących leków podstawowych.

Art. 41. W przypadku chorób przewlekłych wymagających stałego stosowania określonych artykułów sanitarnych, lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wystawia receptę uprawniającą do nabycia niezbędnego artykułu sanitarnego na zasadach dotyczących leków podstawowych.

Art. 42. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określa, w drodze rozporządzenia, leki i artykuły medyczne, które nie mogą być przepisywane na receptę uprawniającą do nabycia leku lub artykułu sanitarnego na zasadach określonych w art. 40 i 41.

Art. 43. Ubezpieczonym będącym zasłużonymi honorowymi dawcami krwi przysługuje na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających oraz w określone, w drodze zarządzenia, przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej leki, które zasłużony honorowy dawca krwi może stosować w związku z oddaniem krwi dla celów leczniczo-zapobiegawczych.

Art. 44. 1. Bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych, uzupełniających oraz w leki i artykuły sanitarne, o których mowa w art. 40 i 41, przysługuje:

1) inwalidom wojskowym,

2) osobom, 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 (Dz. U. z 1983 r. Nr 13, poz. 68, z 1990 r. Nr 34, poz. 198 i Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1992 r. Nr 21, poz. 84, z 1993 r. Nr 129, poz. 602, z 1994 r. Nr 10, poz. 37, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 138, poz. 681 oraz z 1996 r. Nr 136, poz. 636) i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów,

3) osobom wymienionym w art. 42 i 59 ustawy, o której mowa w pkt 2.

2. Bezpłatne zaopatrzenie w leki przysługuje inwalidom wojennym i członkom ich rodzin.

Art. 45. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Rady Krajowego Związku Kas określa wzór recept uprawniających do nabycia leku za opłatą ryczałtową, częściową odpłatnością lub bezpłatnie, sposób zaopatrywania w druki recept, ich przechowywania oraz kontroli wystawiania i realizacji recept, a także szczegółowe zasady i tryb postępowania przy wystawianiu i realizacji recept w przypadkach określonych w art. 40 i 41.

Art. 46. Osobie, która znajduje się w trudnej sytuacji bytowej i ponosi znaczne wydatki na zakup leków i materiałów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, może być przyznana pomoc finansowa na zasadach określonych w przepisach o pomocy społecznej.

Art. 47. 1. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne przysługuje ubezpieczonym na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie.

2. Inwalidom wojennym i wojskowym przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych.

3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej na wniosek i po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określa, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb zaopatrywania w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych przysługujących ubezpieczonym bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie.

Art. 48. 1. Leczenie uzdrowiskowe przysługuje ubezpieczonemu na zasadach określonych w przepisach o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym oraz o odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatoriach uzdrowiskowych, chyba że ustawa stanowi inaczej.

2. Ubezpieczony ponosi koszty zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium uzdrowiskowym oraz, z zastrzeżeniem art. 50 pkt 4, koszty przejazdu do i z sanatorium, na zasadach określonych w przepisach, o których mowa w ust. 1.

Art. 49. Do ustalania i pobierania opłat na pokrycie kosztów utrzymania ubezpieczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym stosuje się przepisy o odpłatności za pobyt w domach pomocy społecznej.

Art. 50. Ubezpieczonemu, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, przysługują bezpłatne przejazdy środkiem transportu sanitarnego w przypadkach:

- 1) przewozu między zakładami opieki zdrowotnej,
- 2) przewozu osób wymagających natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
- 3) przewozów wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia w przypadkach schorzeń zagrażających zdrowiu lub życiu,
- 4) przewozów osób z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia, do najbliższego zakładu udzielającego świadczeń w tym zakresie i z powrotem,
- 5) uzasadnionych stanem zdrowia.

Art. 51. 1. Ubezpieczony ubiegający się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązany przedstawić kartę identyfikacyjną z wpisem poświadczającym opłacenie składek, dokonany przez kasę powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub upoważnioną przez nią instytucję.

2. W razie nieprzedstawienia karty identyfikacyjnej lub w przypadku braku wpisu poświadczającego opłacenie składek, świadczenie zostaje udzielone na koszt ubiegającego się, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 58 ust. 2.

3. W razie późniejszego przedstawienia karty identyfikacyjnej z wpisem poświadczającym opłacenie składek, ubezpieczony może ubiegać się o zwrot kosztów, o których mowa w ust. 2, w trybie określonym w statucie kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

4. Roszczenia, o których mowa w ust. 3, ulegają przedawnieniu z upływem 12 miesięcy od dnia, w którym roszczenie stało się wymagalne.

5. Przepisów ust. 1—4 nie stosuje się do dzieci od dnia urodzenia do ukończenia 3 miesiąca życia.

Art. 52. 1. Poza granicami kraju, jeżeli umowy międzynarodowe nie stanowią inaczej, prawo do świadczeń przysługuje w przypadkach, gdy:

- 1) ubezpieczony ma za granicą stałe miejsce zamieszkania w pasie przygranicznym,
- 2) pobyt ubezpieczonego za granicą został spowodowany koniecznością przeprowadzenia badań diagnostycznych lub leczenia, których nie przeprowadza się w kraju.

2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas określi, w drodze rozporządzenia, warunki, tryb i sposób finansowania świadczeń udzielonych poza granicami kraju.

Rozdział 5

Organizacja udzielania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 53. 1. Kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zawierają umowy o udzielanie świadczeń, o których mowa w art. 31 ust. 1 pkt 1—4.

2. Umowy, o których mowa w ust. 1, zawierane są z zakładami opieki zdrowotnej lub lekarzami, w tym lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzami rodzinnymi) albo innymi osobami wykonującymi zawody medyczne poza zakładami opieki zdrowotnej, zwanymi dalej „świadczeniodawcami”.

Art. 54. 1. Zawieranie przez kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego umów o udzielanie świadczeń odbywa się po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert.

2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, po zasięgnięciu opinii Rady Krajowego Związku Kas, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, tryb składania ofert, sposób przeprowadzania konkursu oraz zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów związanych z tymi czynnościami.

Art. 55. Uczestnikiem postępowania w przedmiocie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń z osobą wykonującą zawód medyczny poza zakładem opieki zdrowotnej, jeżeli osoba ta nie zgłosi sprzeciwu, jest przedstawiciel właściwej okręgowej izby lekarskiej lub okręgowej izby pielęgniarek i położnych, a w przypadku lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego) — także przedstawiciel Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz w przypadku pielęgniarki i położnej środowiskowej (rodzinnej) — także przedstawiciel Kolegium Pielęgniarek i Położnych Środowiskowych (rodzinnych).

Art. 56. 1. Umowa o udzielanie świadczeń powinna określać w szczególności warunki i zasady ich udzielania.

2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określi, w drodze rozporządzenia, wzór umowy o udzielanie świadczeń oraz dokumentację służącą jej rozliczeniu.

Art. 57. 1. Umowa, o której mowa w art. 56, powinna określać zasady dostępności do świadczeń.

2. Kolejność udzielania świadczeń powinna być oparta wyłącznie o kryteria medyczne oraz kolejność zgłoszenia.

3. Przepis ust. 2 nie dotyczy świadczeń związanych z ciążą, porodem i połogiem oraz świadczeń mających na celu zapobieżenie bezpośredniemu zagrożeniu życia lub zagrożeniu kalectwem.

Art. 58. 1. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej są udzielane ubez-

pieczonym na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń udzielanych przez poradnie:

- 1) dla kobiet,
- 2) stomatologiczne,
- 3) zdrowia psychicznego,
- 4) onkologiczne,
- 5) leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i psychotropowych oraz od tytoniu,
- 6) dla osób zakażonych wirusem HIV,
- 7) gruźlicy i chorób płuc, w stosunku do chorych na gruźlicę i nowotwory płuc,
- 8) skórno-weneryczne,
- 9) dla kombatantów w zakresie chorób wojennych i obozowych.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, porodem lub stanem zagrożenia życia udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Świadczenia zdrowotne szpitali są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w razie wypadków, zatruc, urazów, porodu, stanów zagrożenia życia oraz w razie wydania na podstawie odrębnych przepisów decyzji o przymusowej hospitalizacji.

4. Świadczenia z zakresu diagnostyki, rehabilitacji leczniczej oraz zabiegi ambulatoryjne są udzielane ubezpieczonemu na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

5. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określa, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb wydawania skierowań, o których mowa w ust. 1 i 4.

Art. 59. 1. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego prowadzi i udostępnia osobom uprawnionym dokumentację medyczną sporządzoną zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej.

2. Dokumentację, o której mowa w ust. 1, lekarz udostępnia również — na żądanie — kasie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a także osobom upoważnionym na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 60. 1. Ubezpieczony ma prawo:

- 1) do wyboru świadczeniodawcy, w tym lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (lekarza rodzinnego),
- 2) do wyboru kasy na zasadach określonych w art. 70,
- 3) do pokrycia przez kasę powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, której ubezpieczony jest członkiem, wydatków poniesionych w związku z uzyskaniem świadczeń w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub potrzeby natychmiastowego leczenia szpitalnego, udzielanych przez świadczeniodawców nie związanych umową z kasą,

4) do żądania przeprowadzenia przez lekarza kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas określa, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb pokrywania wydatków, o których mowa w ust. 1 pkt 3.

Art. 61. 1. Kasa powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przeprowadza lub zleca kontrolę bieżącej realizacji umowy o udzielanie świadczeń, a w szczególności kontrolę:

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

2. Kontrole dokumentacji medycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych mogą być przeprowadzane tylko przez lekarzy upoważnionych przez naczelnego lekarza kasy ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 62. 1. W razie pobytu ubezpieczonego poza obszarem działania właściwej kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeń udziela zakład opieki zdrowotnej lub lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, z którym kasa, właściwa ze względu na miejsce pobytu ubezpieczonego, zawarła umowę o udzielanie świadczeń.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, są udzielane na zasadzie rozliczeń pomiędzy kasami kosztów udzielanych świadczeń.

Art. 63. 1. Leki i materiały medyczne są wydawane ubezpieczonemu przez aptekę na zasadach określonych w ustawie.

2. Apteka ma obowiązek w szczególności:

- 1) zapewniać dostępność leków i materiałów medycznych objętych wykazami leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1, oraz leków, preparatów diagnostycznych, a także sprzętu jednorazowego użytku, o których mowa w art. 39,
- 2) udostępniać do kontroli przez kasę powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub na jej zlecenie przez organy nadzoru farmaceutycznego dokumentację, którą apteka jest obowiązana prowadzić na podstawie odrębnych przepisów,
- 3) przekazywać dane o obrocie refundowanymi lekami i materiałami medycznymi.

3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób przekazywania oraz zakres danych o obrocie, o którym mowa w ust. 2 pkt 3.

Art. 64. 1. Apteka otrzymuje refundację ceny leku lub materiału medycznego wydawanego ubezpieczonemu bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością.

2. Refundacja, o której mowa w ust. 1, nie może przekraczać ustalonego limitu cen, z zastrzeżeniem art. 44 ust. 2, i dokonywana jest przez kasę na zasadach, o których mowa w ust. 3—5.

3. Apteka przedstawia kasie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zbiorcze zestawienie zrealizowanych recept podlegających refundacji za okres 15 dni.

4. Kasa powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje zwrotu należności z tytułu refundacji nie później niż w terminie 14 dni od otrzymania zbiorczego zestawienia, o którym mowa w ust. 3.

5. W przypadku przekroczenia przez kasę powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego terminu, o którym mowa w ust. 4, aptece przysługują odsetki ustawowe.

6. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas i po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej określa, w drodze rozporządzenia, wzór zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji.

Rozdział 6

Organizacja i zakres działania kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 65. 1. Zadania z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych realizują:

- 1) regionalne kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zwane dalej „regionalnymi kasami”, i ich rejonowe oddziały,
- 2) branżowe kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zwane dalej „branżowymi kasami”,
- 3) Krajowy Związek Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, zwany w niniejszej ustawie „Krajowym Związkiem Kas”.

2. Regionalne kasy i branżowe kasy są członkami Krajowego Związku Kas.

3. Ilekroć w dalszych przepisach ustawy jest mowa o „kasie” bez bliższego określenia, należy przez to rozumieć kasę regionalną lub branżową.

Art. 66. Krajowy Związek Kas oraz regionalne i branżowe kasy mają osobowość prawną.

Art. 67. 1. Krajowy Związek Kas oraz regionalne i branżowe kasy uzyskują osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru kas powszechnego ubezpieczenia

zdrowotnego prowadzonego przez sąd rejestrowy — Sąd Rejonowy dla Miasta Stołecznego Warszawy w Warszawie.

2. W postępowaniu przed sądem rejestrowym stosuje się przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu nieprocesowym.

3. Rejestr jest jawny i dostępny do wglądu dla osób trzecich.

4. Minister Sprawiedliwości określa, w drodze rozporządzenia, dokumenty wymagane do rejestracji oraz wzór i sposób prowadzenia rejestru.

Art. 68. Krajowy Związek Kas oraz regionalne i branżowe kasy wykonują swoje zadania samorządnie.

Art. 69. 1. W realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego uczestniczą w zakresie określonym w ustawie i odrębnych przepisach Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz inne podmioty.

2. Określone w ustawie czynności Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie poboru i przekazywania składek na rzecz ubezpieczenia zdrowotnego są dokonywane odpłatnie za zwrotem kosztów ze środków finansowych tego ubezpieczenia.

Art. 70. 1. Osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu są członkami wybranej kasy.

2. Osoby podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu, zatrudnione przez pracodawcę objętego działaniem kasy branżowej, oraz emeryci i renciści, zatrudnieni przez tego pracodawcę przed przejściem na emeryturę lub rentę, są na swój wniosek członkami tej kasy.

Oddział 1

Regionalne kasy

Art. 71. 1. Regionalne kasy tworzy i znosi oraz ustala obszar ich działania Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, w drodze rozporządzenia, na wniosek Rady Krajowego Związku Kas.

2. Obszar działania regionalnej kasy może obejmować obszar jednego lub kilku województw.

3. Rozporządzenie o utworzeniu regionalnej kasy powinno określać także jej nazwę i siedzibę oraz rodzaj i wielkość środków przydzielonych ze Skarbu Państwa.

4. Rozporządzenie o zniesieniu regionalnej kasy powinno określać także sposób przeprowadzenia likwidacji kasy, przeznaczenie jej mienia i tryb wykreślenia kasy z rejestru, o którym mowa w art. 67.

Art. 72. 1. Do zakresu działania regionalnej kasy należy wykonywanie wszelkich czynności z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, nie zastrzeżonych w ustawie dla Krajowego Związku Kas.

2. Do zakresu działania regionalnej kasy należy w szczególności:

- 1) uchwalenie statutu,
- 2) tworzenie rejonowych oddziałów i ustalanie obszaru ich działania,
- 3) analizowanie wykonania obowiązku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- 4) gromadzenie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- 5) ustalanie planu finansowego,
- 6) zawieranie i finansowanie umów o udzielanie świadczeń na rzecz ubezpieczonych,
- 7) koordynowanie i kontrolowanie działalności rejonowych oddziałów kas,
- 8) współdziałanie z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, z Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, z innymi instytucjami ubezpieczeniowymi, Państwową Inspekcją Pracy, Państwową Inspekcją Sanitarną oraz organizacjami pracodawców i związkami zawodowymi w zakresie zapobiegania trwałej niezdolności do pracy, rehabilitacji leczniczej, orzecznictwa o niezdolności do pracy, a także nadzoru nad orzecznictwem o czasowej niezdolności do pracy,
- 9) współdziałanie ze wszystkimi osobami i podmiotami działającymi na rzecz rozpoznawania i zaspokajania potrzeb zdrowotnych, a także ograniczania występowania chorób i urazów oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

3. Statut regionalnej kasy podlega ogłoszeniu w wojewódzkich dziennikach urzędowych województw, na obszarze których działa ta kasa.

4. Uchwała o utworzeniu rejonowego oddziału regionalnej kasy podlega ogłoszeniu w wojewódzkim dzienniku urzędowym województwa, na obszarze którego utworzono ten oddział.

Art. 73. Statut regionalnej kasy określa w szczególności:

- 1) szczegółową organizację i sposób udzielania świadczeń przysługujących ubezpieczonym,
- 2) szczegółowy zakres działania regionalnej kasy i jej rejonowych oddziałów oraz zakres czynności ich organów,
- 3) liczbę członków rady nadzorczej,
- 4) liczbę członków, organizację i tryb działania komisji rewizyjnej,
- 5) sposób i tryb rozkładania na raty należności z tytułu składek,
- 6) zasady funkcjonowania biura kasy.

Art. 74. Organami regionalnej kasy są:

- 1) rada nadzorcza,
- 2) naczelny dyrektor,
- 3) naczelny lekarz regionalnej kasy ubezpieczenia zdrowotnego, zwany dalej „naczelnym lekarzem kasy”,
- 4) komisja rewizyjna.

Art. 75. 1. W skład rady nadzorczej wchodzi reprezentanci zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczonych

oraz przedstawiciele sejmików samorządowych i wojewodów z obszaru działania regionalnej kasy; w skład rady nadzorczej nie mogą wchodzić świadczeniodawcy i pracownicy kas.

2. Liczba reprezentantów zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczonych powinna być równa liczbie przedstawicieli sejmików samorządowych i wojewodów.

3. Każdy z sejmików samorządowych i wojewodów ma w radzie po jednym przedstawicielu.

4. Kadencja rady nadzorczej trwa 4 lata.

Art. 76. Do zakresu działania rady nadzorczej należy:

- 1) uchwalanie statutu regionalnej kasy,
- 2) tworzenie i znoszenie oraz ustalanie obszarów działania rejonowych oddziałów regionalnej kasy,
- 3) powoływanie i odwoływanie naczelnego dyrektora i naczelnego lekarza kasy,
- 4) powoływanie i odwoływanie członków komisji rewizyjnej,
- 5) uchwalanie planu pracy, planu finansowego oraz rozpatrywanie sprawozdań z ich wykonania,
- 6) rozpatrywanie okresowych sprawozdań z działalności naczelnego dyrektora, naczelnego lekarza kasy i komisji rewizyjnej,
- 7) przedstawianie rocznych sprawozdań z działalności regionalnej kasy Radzie Krajowego Związku Kas,
- 8) inne sprawy zastrzeżone w statucie regionalnej kasy do właściwości rady nadzorczej.

Art. 77. 1. Rada nadzorcza wybiera spośród swoich członków, będących reprezentantami zgromadzenia przedstawicieli ubezpieczonych, prezesa, wiceprezesa i sekretarza rady, a także przewodniczącego komisji rewizyjnej.

2. Prezes, wiceprezesi i sekretarz stanowią prezydium rady nadzorczej.

3. Zadania i tryb pracy prezydium określa statut.

Art. 78. 1. Rada nadzorcza odbywa posiedzenia nie rzadziej niż raz na dwa miesiące.

2. Posiedzenia zwołuje i przewodniczy im prezes rady nadzorczej lub pełniący jego obowiązki wiceprezes.

3. Nadzwyczajne posiedzenie rady nadzorczej jest zwoływane na wniosek Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, Prezesa Krajowego Związku Kas, przewodniczącego komisji rewizyjnej albo co najmniej 1/3 członków rady nadzorczej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia doręczenia żądania prezesowi rady nadzorczej lub pełniącemu jego obowiązki wiceprezesowi.

Art. 79. 1. Z zastrzeżeniem ust. 2, rada nadzorcza podejmuje uchwały w obecności co najmniej połowy liczby członków.

2. Na posiedzeniach nadzwyczajnych rada nadzorcza podejmuje uchwały w obecności co najmniej 2/3 liczby członków.

3. Uchwały rady nadzorczej zapadają bezwzględną większością głosów członków obecnych na posiedzeniu.

4. Bezwzględna większość głosów ma miejsce wówczas, gdy za kandydatem lub wnioskiem oddana została liczba głosów co najmniej o jeden większa od sumy pozostałych ważnie oddanych głosów.

Art. 80. 1. Jeżeli uchwała rady nadzorczej jest w sposób oczywisty sprzeczna z prawem, statutem Krajowego Związku Kas i statutem regionalnej kasy, Prezes Zarządu Krajowego Związku Kas lub Przewodniczący Rady Krajowego Związku Kas, w ciągu 7 dni od dnia powzięcia wiadomości o podjęciu uchwały, składa do rady kasy, która ją uchwaliła, wniosek o zmianę tej uchwały.

2. W razie odmowy zmiany uchwały albo w razie nierozpoznania wniosku w terminie 30 dni, Prezes Zarządu lub Przewodniczący Rady Krajowego Związku Kas w terminie do trzech miesięcy od dnia otrzymania odmowy lub od dnia, w którym upłynął termin rozpoznania wniosku, wnosi do Rady Krajowego Związku Kas o uchylenie tej uchwały w całości lub w części.

3. Jeżeli Rada Krajowego Związku Kas po rozpoznaniu uzna wniosek o uchylenie w całości lub w części uchwały rady kasy regionalnej za zasadny, zaskarża uchwałę do właściwego sądu.

4. Wniosek o zmianę uchwały w całości lub w części wstrzymuje wykonanie uchwały rady kasy regionalnej, aż do wydania orzeczenia przez właściwy sąd.

Art. 81. 1. Członkowie rady nadzorczej za udział w posiedzeniu otrzymują diety, a zamiejscowi — ponadto zwrot kosztów przejazdów i noclegów.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do członków prezydium rady nadzorczej uczestniczących w posiedzeniach prezydium.

3. Wysokość diet, o których mowa w ust. 1 i 2, uchwała Rada Krajowego Związku Kas, przy czym nie może ona przekraczać w okresie miesiąca kalendarzowego 2/3 najniższego wynagrodzenia.

4. Zwrot kosztów przejazdów i noclegów następuje na zasadach określonych w przepisach w sprawie diet i innych należności z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju.

Art. 82. 1. Naczelny dyrektor regionalnej kasy reprezentuje kasę na zewnątrz i kieruje działalnością kasy.

2. Do zadań naczelnego dyrektora należy w szczególności:

- 1) wykonywanie uchwał rady nadzorczej,
- 2) opracowywanie projektu planu pracy regionalnej kasy,
- 3) opracowywanie projektu planu finansowego regionalnej kasy,
- 4) wykonywanie planu finansowego,

5) zarządzanie funduszami i mieniem regionalnej kasy,

6) opracowywanie sprawozdania rocznego z działalności kasy, w tym z wykonania planów finansowych,

7) negocjowanie umów, o których mowa w art. 72 ust. 2 pkt 6, ich zawieranie i rozliczanie oraz ogólna kontrola ich wykonywania,

8) występowanie z wnioskami do komisji rewizyjnej o przeprowadzenie kontroli rejonowego oddziału kasy,

9) rozpatrywanie odwołań od decyzji dyrektora rejonowego oddziału kasy, z zastrzeżeniem art. 147,

10) zapewnienie obsługi organizacyjno-technicznej organów regionalnej kasy.

3. Czynności związane z wykonywaniem zadań wymienionych w ust. 1 i 2, jeżeli dotyczą realizacji uprawnień ubezpieczonych do świadczeń, naczelny dyrektor wykonuje po porozumieniu z naczelnym lekarzem kasy.

4. Naczelny dyrektor wykonuje za pracodawcę czynności w sprawach z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników biura regionalnej kasy.

Art. 83. 1. Naczelny lekarz kasy jest odpowiedzialny za zapewnienie świadczeń przysługujących ubezpieczonym i organizację kontroli dostępności świadczeń i ich jakości.

2. Do zakresu działania naczelnego lekarza kasy należy w szczególności:

- 1) przygotowywanie założeń planu pracy, o którym mowa w art. 82 ust. 2 pkt 2, oraz sprawozdań z jego wykonania w części odnoszącej się do udzielania świadczeń,
- 2) przygotowywanie projektów umów o udzielanie świadczeń, o których mowa w art. 72 ust. 2 pkt 6,
- 3) dokonywanie ocen umów o udzielanie świadczeń zawieranych przez rejonowe oddziały pod kątem dostępności i jakości świadczeń,
- 4) dokonywanie ocen zachorowalności i chorobowości na obszarze regionu i opracowywanie na ich podstawie wytycznych i wskazówek do zawierania umów o udzielanie świadczeń,
- 5) opracowywanie harmonogramów kontroli dostępności i jakości świadczeń oraz zlecenie ich przeprowadzania,
- 6) sprawowanie nadzoru nad działalnością lekarzy rejonowych oddziałów kasy ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 84. 1. Naczelny lekarz kasy w realizacji zadań współdziała z wojewódzkimi sejmikami samorządowymi, wojewodami, państwowymi wojewódzkimi inspektorami sanitarnymi, organami samorządu terytorialnego, rektorem wyższej uczelni medycznej, organami samorządów zawodowych zrzeszających zawody medyczne i z konsultantami medycznymi — w zakresie promocji zdrowia, zapobiegania chorobom

i urazom oraz organizacji świadczeń dla ubezpieczonych.

2. Wojewodowie zasięgają opinii naczelnego lekarza kasy w sprawach projektów zamierzeń w zakresie reorganizacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej mogących mieć istotne znaczenie dla dostępności świadczeń zdrowotnych.

Art. 85. 1. Organem doradczym naczelnego lekarza kasy jest rada medyczna.

2. W skład rady medycznej wchodzi:

- 1) lekarze zgłoszeni przez wojewodów, po jednym z województwa objętego obszarem działania regionalnej kasy,
- 2) przedstawiciel rektora wyższej uczelni medycznej mającej siedzibę na obszarze działania regionalnej kasy,
- 3) przedstawiciel Państwowej Inspekcji Sanitarnej,
- 4) po jednym przedstawicielu każdej okręgowej izby samorządu zawodów medycznych z obszaru działania regionalnej kasy.

3. Rodzaje spraw, co do których naczelny lekarz kasy jest obowiązany zasięgać opinii rady, określa statut regionalnej kasy.

Art. 86. 1. Członków komisji rewizyjnej spośród ubezpieczonych powołuje rada nadzorcza kasy w trybie określonym w statucie kasy.

2. Członek komisji rewizyjnej może być odwołany przez radę nadzorczą przed upływem kadencji komisji rewizyjnej.

Art. 87. 1. Komisja rewizyjna kontroluje działalność naczelnego dyrektora, naczelnego lekarza kasy i organów rejonowego oddziału kasy oraz dokonuje rewizji dokumentacji finansowo-księgowej przed posiedzeniem rady nadzorczej, na którym ma być rozpatrywane sprawozdanie z realizacji rocznego planu pracy i planu finansowego regionalnej kasy.

2. Czynności, o których mowa w ust. 1, komisja rewizyjna wykonuje z własnej inicjatywy lub na wniosek prezesa rady nadzorczej, Prezesa Zarządu Krajowego Związku Kas, przewodniczącego zgromadzenia przedstawicieli.

3. Komisja rewizyjna na wniosek naczelnego dyrektora lub naczelnego lekarza kasy kontroluje działalność jednostek organizacyjnych podległych naczelnemu dyrektorowi lub naczelnemu lekarzowi kasy.

4. Do członków komisji rewizyjnej stosuje się odpowiednio przepisy art. 81.

Art. 88. 1. Jeżeli komisja rewizyjna uzna w wyniku kontroli, że działalność organów wymienionych w art. 87 narusza prawo, statut Krajowego Związku Kas albo statuty lub regulaminy kas, występuje w terminie ustalonym w statucie z wnioskami pokontrolnymi do:

- 1) rady nadzorczej kasy, jeżeli uzna za celowe ich przekazanie,

- 2) naczelnego dyrektora, jeżeli wnioski dotyczą czynności organów rejonowego oddziału kasy,

- 3) zarządu Krajowego Związku Kas, jeżeli wnioski dotyczą czynności organów regionalnej kasy.

2. Wnioski pokontrolne wnosi się za pośrednictwem organu, którego działalności dotyczą.

3. Wnioski pokontrolne mogą zawierać zalecenia o wstrzymaniu dalszych czynności do czasu rozpatrzenia wniosków przez organ, do którego wniesiono wnioski.

4. Organ, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany w terminie 7 dni rozpatrzyć wnioski pokontrolne, a w razie ich nieuwzględnienia — przestać niezwłocznie do organu wymienionego w ust. 1 pkt 1 lub 2 albo 3.

5. Organ, do którego przestano wnioski pokontrolne, jest obowiązany rozpatrzyć wnioski w ciągu 21 dni od daty ich otrzymania.

Oddział 2

Rejonowy oddział regionalnej kasy

Art. 89. 1. Do zakresu działania rejonowego oddziału regionalnej kasy, zwanego dalej „rejonowym oddziałem”, należy w szczególności:

- 1) stwierdzanie posiadania prawa do świadczeń,
- 2) naliczanie, pobieranie i przekazywanie regionalnej kasie składek na ubezpieczenia zdrowotne,
- 3) prowadzenie ewidencji osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym,
- 4) poświadczanie optacania składek,
- 5) prowadzenie rejestru usług medycznych udzielanych ubezpieczonym,
- 6) negocjowanie, zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń w zakresie ustalonym w statucie kasy,
- 7) kontrolowanie wykonywania przez optacujących i płatników obowiązków w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego,
- 8) kontrolowanie wykonywania umów o udzielanie świadczeń przysługujących ubezpieczonym.

2. Oddział rejonowy prowadzi działalność na podstawie przepisów prawa, statutu i uchwał Krajowego Związku Kas, statutu i uchwał kasy regionalnej oraz regulaminu rejonowego oddziału.

Art. 90. 1. Organami rejonowego oddziału są:

- 1) zgromadzenie przedstawicieli ubezpieczonych, zwane dalej „zgromadzeniem przedstawicieli”,
- 2) dyrektor oddziału,
- 3) lekarz rejonowego oddziału.

2. Dyrektor oddziału i lekarz rejonowego oddziału wykonują swoje zadania przy pomocy biura rejonowego oddziału.

Art. 91. 1. Zgromadzenie przedstawicieli składa się z członków pochodzących z wyboru.

2. Członków zgromadzenia przedstawicieli wybierają pełnoletni ubezpieczeni wpisani do ewidencji, o której mowa w art. 89 ust. 1 pkt 3. Wybory są bezpośrednio i tajne.

3. Kadencja zgromadzenia przedstawicieli trwa 4 lata.

Art. 92. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb zgłaszania kandydatów oraz zasady przeprowadzania wyborów do zgromadzenia przedstawicieli, a także sposób sfinansowania wydatków związanych z przeprowadzeniem wyborów.

Art. 93. Do zakresu działania zgromadzenia przedstawicieli należy w szczególności:

- 1) uchwalanie regulaminu rejonowego oddziału,
- 2) uchwalanie planu pracy rejonowego oddziału,
- 3) uchwalanie sprawozdania rocznego z działalności oddziału, w tym z wykonania planu finansowego,
- 4) rozpatrywanie sprawozdań z działalności dyrektora oddziału i lekarza rejonowego oddziału, dokonywanie ocen ich działalności oraz przedstawianie wniosków wynikających z tych ocen,
- 5) ocenianie realizacji umów o udzielanie świadczeń przysługujących ubezpieczonym, ze szczególnym uwzględnieniem umów zawieranych przez rejonowy oddział,
- 6) wybieranie przedstawiciela do rady nadzorczej regionalnej kasy.

Art. 94. Zgromadzenie przedstawicieli wybiera przewodniczącego i zastępców przewodniczącego.

Art. 95. 1. Zgromadzenie przedstawicieli odbywa posiedzenia w miarę potrzeby, nie rzadziej jednak niż raz na kwartał.

2. Posiedzenia zwołuje przewodniczący zgromadzenia przedstawicieli lub pełniący jego obowiązki zastępca przewodniczącego.

3. Nadzwyczajne posiedzenie zgromadzenia przedstawicieli może być zwołane na żądanie prezesa rady nadzorczej regionalnej kasy, dyrektora naczelnego regionalnej kasy, przewodniczącego komisji rewizyjnej regionalnej kasy lub 1/3 członków zgromadzenia przedstawicieli w terminie nie krótszym niż 14 dni i nie dłuższym niż 30 dni od dnia doręczenia żądania przewodniczącemu zgromadzenia przedstawicieli lub pełniącemu jego obowiązki zastępcy przewodniczącego.

Art. 96. 1. Zgromadzenie przedstawicieli podejmuje uchwały w obecności co najmniej połowy liczby członków.

2. Uchwały zgromadzenia przedstawicieli zapadają bezwzględnie większością głosów w rozumieniu art. 79 ust. 4.

Art. 97. 1. Jeżeli uchwała zgromadzenia przedstawicieli jest sprzeczna z prawem, statutem lub uchwałą

mi Krajowego Związku Kas albo regionalnej kasy lub postanowieniami regulaminu rejonowego oddziału, przewodniczący bądź pełniący jego obowiązki zastępca albo dyrektor rejonowego oddziału są obowiązani wnieść sprzeciw do rady nadzorczej regionalnej kasy w terminie 7 dni od jej podjęcia.

2. Sprzeciw wstrzymuje wykonanie uchwały do czasu rozstrzygnięcia przez radę nadzorczą regionalnej kasy, nie dłużej jednak niż przez 30 dni.

Art. 98. 1. Członkowie zgromadzenia przedstawicieli za udział w posiedzeniach otrzymują diety, a zamiejscowci ponadto zwrot kosztów przejazdów i noclegów.

2. Przewodniczący zgromadzenia przedstawicieli, a w razie niepełnienia obowiązków przez przewodniczącego — jego zastępca pełniący te obowiązki może otrzymać zwiększoną dietę.

3. Wysokość diet, o których mowa w ust. 1 i 2, uchwała rada nadzorcza regionalnej kasy do wysokości 2/3 najniższego wynagrodzenia za dany miesiąc kalendarzowy.

4. Zwrot kosztów przejazdów i noclegów następuje na zasadach określonych w art. 81 ust. 4.

Art. 99. 1. Dyrektor rejonowego oddziału reprezentuje oddział na zewnątrz i kieruje działalnością oddziału.

2. Do zadań dyrektora należy w szczególności:

- 1) wykonywanie uchwał zgromadzenia przedstawicieli,
- 2) opracowywanie projektów planu pracy i planu finansowego,
- 3) wykonywanie planu finansowego,
- 4) opracowywanie sprawozdania rocznego, w tym z wykonania planu pracy i planu finansowego,
- 5) zawieranie umów o udzielanie świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych, o których mowa w art. 31 ust. 1, wchodzących w zakres podstawowej opieki zdrowotnej,
- 6) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie i w statucie kasy regionalnej,
- 7) zapewnianie obsługi organizacyjno-technicznej organów rejonowego oddziału.

3. Czynności związane z wykonywaniem zadań wymienionych w ust. 1 i 2, jeżeli dotyczą realizacji uprawnień ubezpieczonych do świadczeń, dyrektor wykonuje po zasięgnięciu opinii lekarza rejonowego oddziału.

4. Dyrektor wykonuje za pracodawcę czynności w sprawach z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników biura rejonowego oddziału.

Art. 100. 1. Dyrektora rejonowego oddziału powołuje i odwołuje naczelnny dyrektor regionalnej kasy po zasięgnięciu opinii zgromadzenia przedstawicieli.

2. Lekarza rejonowego oddziału powołuje i odwołuje naczelny dyrektor regionalnej kasy po zasięgnięciu opinii naczelnego lekarza kasy i samorządu lekarskiego.

Art. 101. 1. Lekarz rejonowego oddziału podejmuje czynności dla zapewnienia dostępności i jakości świadczeń objętych umowami o udzielanie świadczeń, zawartymi z rejonowym oddziałem i regionalną kasą.

2. Do zakresu działania lekarza rejonowego oddziału należy w szczególności:

- 1) przygotowywanie projektów umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawieranych przez oddział w części odnoszącej się do zakresu i rodzaju świadczeń,
- 2) występowanie do naczelnego lekarza kasy z wnioskami dotyczącymi umów o udzielanie świadczeń i innych umów, zawieranych przez regionalną kasę,
- 3) przygotowywanie projektu planu pracy i planu finansowego w części odnoszącej się do świadczeń oraz sprawozdań z ich wykonania,
- 4) przeprowadzanie kontroli udzielania świadczeń lub występowanie w razie potrzeby do naczelnego lekarza kasy o jej przeprowadzenie,
- 5) przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków ubezpieczonych, związanych z udzielaniem świadczeń i przestrzeganiem praw pacjenta, oraz podejmowanie czynności dla ich załatwienia,
- 6) współdziałanie z wójtami (burmistrzami, prezydentami), państwowymi terenowymi (portowymi) inspektorami sanitarnymi, okręgowymi inspektorami pracy, kierownikami zakładów opieki zdrowotnej i pracodawcami w zakresie promocji zdrowia oraz w zapobieganiu chorobom i urazom.

Art. 102. Regulamin rejonowego oddziału określa w szczególności:

- 1) tryb zwoływania i odbywania posiedzeń zgromadzenia przedstawicieli,
- 2) szczegółowy zakres czynności dyrektora i lekarza rejonowego oddziału,
- 3) zakres czynności biura.

Oddział 3

Branżowe kasy

Art. 103. 1. Kasa branżowa może być utworzona dla:

- 1) osób wymienionych w art. 8 pkt 1 lit. b) i pkt 2—7,
 - 2) innych osób objętych obowiązkiem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- członków ich rodzin oraz byłych pracowników — emerytów i rencistów.

2. Kasę branżową tworzy i znosi, w drodze rozporządzenia, Rada Ministrów po zasięgnięciu opinii Rady Krajowego Związku Kas.

3. Przepis art. 71 ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 104. 1. Kasa branżowa realizuje odpowiednio zadania regionalnej kasy określone w art. 72 ust. 2 pkt 4—6, 8 i 9, a w przypadku utworzenia oddziałów kasy branżowej — również określone w pkt 7.

2. Oddział kasy branżowej realizuje odpowiednio zadania rejonowych oddziałów regionalnej kasy określone w art. 89 ust. 1.

3. Rada Ministrów, w rozporządzeniu, o którym mowa w art. 103 ust. 2, określi szczegółowy zakres działania, uprawnienia i organizację kas branżowych, a także sposób współdziałania z regionalnymi kasami i ich rejonowymi oddziałami.

Art. 105. Statut kasy branżowej powinien określać w szczególności:

- 1) wymagania, jakim powinien odpowiadać członek kasy, oraz sposób uzyskiwania i pozbawiania członkostwa,
- 2) zadania kasy i sposób ich wykonywania,
- 3) szczegółowy zakres działania organów,
- 4) sposób poboru składki,
- 5) sposób zarządzania funduszami kasy.

Art. 106. Do kasy branżowej stosuje się odpowiednio przepisy art. 74—88.

Oddział 4

Krajowy Związek Kas

Art. 107. 1. Krajowy Związek Kas zrzesza regionalne i branżowe kasy.

2. Siedzibą Krajowego Związku Kas jest Warszawa.

3. Krajowy Związek Kas prowadzi działalność na podstawie ustawy i statutu Krajowego Związku Kas.

Art. 108. 1. Do zakresu działania Krajowego Związku Kas należy w szczególności:

- 1) reprezentowanie instytucji ubezpieczenia zdrowotnego oraz ubezpieczonych,
- 2) ocenianie działalności regionalnych i branżowych kas,
- 3) koordynowanie i kontrolowanie działalności kas,
- 4) wytyczanie działalności kas w zakresie zleczonych ogólnokrajowych programów w dziedzinie ochrony zdrowia,
- 5) zarządzanie funduszami Krajowego Związku Kas,
- 6) ustalanie ramowych wzorów umów o udzielanie świadczeń, umów o zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- 7) realizowanie zadań z zakresu ochrony zdrowia zleczonych przez administrację rządową.

2. Krajowy Związek Kas i kasy sporządzają coroczną prognozę przychodów i wydatków dla kolejnych 3 lat oraz prognozę długoterminową.

Art. 109. Organami Krajowego Związku Kas są:

- 1) Rada Krajowego Związku Kas,
- 2) Zarząd Krajowego Związku Kas,
- 3) Prezes Zarządu Krajowego Związku Kas,
- 4) Komisja Rewizyjna Krajowego Związku Kas.

Art. 110. W skład Rady Krajowego Związku Kas wchodzi po dwóch przedstawicieli każdej regionalnej kasy i dwóch przedstawicieli każdej branżowej kasy, wyłonionych przez rady nadzorcze tych kas.

Art. 111. Kadencja Rady Krajowego Związku Kas trwa 4 lata.

Art. 112. Rada Krajowego Związku Kas wybiera spośród swoich członków przewodniczącego i zastępców przewodniczącego — z tym że jednym z zastępców przewodniczącego jest przedstawiciel branżowych kas — oraz przewodniczącego komisji rewizyjnej.

Art. 113. Do zakresu działania Rady Krajowego Związku Kas należy:

- 1) uchwalanie statutu,
- 2) powoływanie i odwoływanie Prezesa Zarządu i członków Zarządu,
- 3) powoływanie i odwoływanie członków komisji rewizyjnej,
- 4) ocena aktów prawnych regulujących ubezpieczenie zdrowotne oraz aktów prawnych mających bezpośredni wpływ na funkcjonowanie ubezpieczenia zdrowotnego i występowanie z ewentualnym wnioskiem do właściwego organu o ich zmianę,
- 5) uchwalanie programów działania i planu finansowego oraz rozpatrywanie sprawozdań z ich wykonania,
- 6) uchwalanie wysokości dotacji wyrównawczych dla regionalnych i branżowych kas z funduszu wyrównawczego,
- 7) rozpatrywanie sprawozdań z działalności regionalnych i branżowych kas oraz organów Krajowego Związku Kas i uchwalanie opinii, wniosków i wytycznych,
- 8) występowanie do organów administracji państwowej i instytucji państwowych, instytucji samorządu terytorialnego i samorządów zawodowych zrzeszających zawody medyczne oraz organizacji związkowych o podjęcie określonych inicjatyw lub działań w sprawach związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym; adresat wystąpienia jest obowiązany udzielić Radzie odpowiedzi w terminie jednego miesiąca, chyba że Rada ustaliła dłuższy termin,
- 9) określanie zasad upoważniania osób uprawnionych do przeprowadzania kontroli płatników i opłacających składki na powszechne ubezpieczenia zdrowotne,
- 10) ustalanie trybu i sposobu powoływania i odwoływania naczelnego dyrektora i naczelnego lekarza kasy,
- 11) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i w statucie.

Art. 114. 1. Rada Krajowego Związku Kas odbywa posiedzenia nie rzadziej niż raz na kwartał.

2. Posiedzenia zwołuje przewodniczący Rady lub pełniący jego obowiązki zastępca przewodniczącego.

3. Posiedzenie Rady jest także zwoływane na wniosek Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz komisji rewizyjnej w terminie jednego miesiąca od dnia doręczenia żądania przewodniczącemu Rady lub pełniącemu jego obowiązki zastępcy przewodniczącego.

Art. 115. 1. Rada Krajowego Związku Kas podejmuje uchwały w obecności co najmniej połowy liczby członków.

2. Uchwały Rady zapadają większością głosów członków obecnych na posiedzeniu, w głosowaniu jawnym, chyba że Rada podjęła uchwałę o głosowaniu tajnym.

Art. 116. 1. Jeżeli uchwała Rady Krajowego Związku Kas jest sprzeczna z prawem lub statutem, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej może zażądać jej zmiany w terminie 2 miesięcy.

2. W razie odmowy zmiany uchwały lub nierozpoznania żądania w terminie trzech miesięcy, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej może wystąpić do Sądu Najwyższego, w terminie 6 miesięcy od dnia otrzymania odmowy lub w razie nierozpoznania żądania po upływie 3 miesięcy od jego złożenia, z wnioskiem o uchylenie uchwały.

3. Terminu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 2, nie stosuje się, jeżeli uchwała rażąco narusza prawo.

4. Żądanie zmiany uchwały i wnioski do Sądu Najwyższego wstrzymują wykonanie uchwały.

5. Sąd Najwyższy oddala wniosek lub uchyla zaskarżoną uchwałę i przekazuje sprawę Radzie Krajowego Związku Kas do ponownego rozpoznania.

Art. 117. 1. Członkowie Rady Krajowego Związku Kas za udział w posiedzeniach otrzymują diety, a zamiejscowi — ponadto zwrot kosztów przejazdów i noclegów na zasadach określonych w art. 81 ust. 4.

2. Wysokość diet, o których mowa w ust. 1, uchwała Rada Krajowego Związku Kas, przy czym nie może ona przekraczać w okresie miesiąca kalendarzowego 150% najniższego wynagrodzenia.

Art. 118. 1. Zarząd kieruje działalnością Krajowego Związku Kas, z zastrzeżeniem art. 113.

2. Do zakresu działania Zarządu należy w szczególności:

- 1) wykonywanie uchwał Rady Krajowego Związku Kas,
- 2) przygotowywanie projektów statutu, programów działania i planu finansowego oraz sprawozdań z ich wykonania i innych dokumentów przedkładanych na posiedzenia Rady,
- 3) bieżące zarządzanie funduszami i mieniem Krajowego Związku Kas,

4) występowanie do kas z wnioskami o usunięcie nieprawidłowości stwierdzonych przez regionalną izbę obrachunkową.

Art. 119. 1. Zarząd Krajowego Związku Kas tworzą prezes, dwaj zastępcy prezesa, skarbnik i pięciu członków.

2. Zarząd jest organem stale urzędującym.

3. Do osób wchodzących w skład Zarządu stosuje się przepisy Kodeksu pracy dotyczące stosunku pracy na podstawie powołania.

Art. 120. 1. Do zakresu działania Prezesa Zarządu Krajowego Związku Kas należy w szczególności:

- 1) reprezentowanie Zarządu na zewnątrz,
- 2) zwoływanie posiedzeń Zarządu i przewodniczenie tym posiedzeniom,
- 3) wykonywanie uchwał Rady Krajowego Związku Kas i Zarządu,
- 4) zapewnienie obsługi technicznej i organizacyjno-finansowej organów Krajowego Związku Kas.

2. Prezes Krajowego Związku Kas wykonuje za pracodawcę czynności w sprawach z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników biura Krajowego Związku Kas.

Art. 121. Komisja rewizyjna kontroluje czynności wszystkich organów Krajowego Związku Kas i kas na wniosek przewodniczącego Rady lub Zarządu albo Prezesa Zarządu Krajowego Związku Kas, a także z własnej inicjatywy, oraz dokonuje rewizji dokumentacji finansowo-księgowej.

Art. 122. 1. Zarząd i Prezes Zarządu Krajowego Związku Kas wykonują swoje zadania przy pomocy biura.

2. Zadania i organizację biura określa statut Krajowego Związku Kas.

Art. 123. Statut Krajowego Związku Kas określa szczegółowo zadania i organizację jego organów oraz ogólne zadania regionalnych i branżowych kas.

Rozdział 7

Gospodarka finansowa Krajowego Związku Kas oraz regionalnych i branżowych kas

Art. 124. 1. Krajowy Związek Kas oraz regionalne i branżowe kasy prowadzą gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

2. Oddział kasy prowadzi gospodarkę finansową na zasadach wewnętrznego rozrachunku z kasą.

Art. 125. Kasa sporządza na każdy rok kalendarzowy plan finansowy kasy, obejmujący przychody i wydatki funduszków kasy.

Art. 126. Kasa tworzy:

- 1) fundusz składkowy ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) fundusz administracyjny,

3) fundusz rezerwowy.

Art. 127. 1. Fundusz składkowy ubezpieczenia zdrowotnego jest przeznaczony na finansowanie świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego oraz na odpisy, o których mowa w art. 128.

2. Przychodami funduszu składkowego ubezpieczenia zdrowotnego są:

- 1) składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- 2) odsetki za nieterminowe i niezgodne z przepisami opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- 3) dotacje wyrównawcze ze środków funduszu wyrównawczego, o którym mowa w art. 135,
- 4) darowizny i zapisy,
- 5) inne przychody.

3. Przychodami funduszu składkowego ubezpieczenia zdrowotnego mogą być:

- 1) dotacje z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych, o których mowa w przepisach wymienionych w art. 165,
- 2) dotacje na zadania zlecone,
- 3) dotacje ze środków funduszu celowego lub rezerwowego Krajowego Związku Kas.

4. Wydatki funduszu powinny być pokrywane przez przychody.

Art. 128. Środki funduszu składkowego ubezpieczenia zdrowotnego przeznaczone są na finansowanie:

- 1) świadczeń wymienionych w rozdziale 4,
- 2) odszkodowań należnych ubezpieczonym,
- 3) odpisów na fundusz wyrównawczy, o którym mowa w art. 135,
- 4) odpisów na fundusz administracyjny i rezerwowy, o których mowa w art. 126,
- 5) zadań zleconych oraz kosztów świadczeń, o których mowa w art. 165.

Art. 129. 1. Fundusz administracyjny tworzy się z odpisów funduszu składkowego ubezpieczenia zdrowotnego z części pochodzącej ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

2. Wysokość odpisu określoną procentowo ustala corocznie rada nadzorcza.

3. Wysokość odpisu zatwierdza Zarząd Krajowego Związku Kas.

4. Fundusz administracyjny jest przeznaczony na finansowanie działalności kas i ich oddziałów.

Art. 130. Fundusz rezerwowy jest przeznaczony na uzupełnienie funduszu składkowego. Każdorazowe uzupełnienie funduszu składkowego środkami funduszu rezerwowego wymaga uchwały rady nadzorczej.

Art. 131. 1. Wysokość odpisu na fundusz rezerwowy ustala rada nadzorcza w wysokości co najmniej trzech procent przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

2. Fundusz rezerwowy zwiększają nie wykorzystane w poprzednim roku kalendarzowym środki funduszu administracyjnego.

3. Środki funduszu rezerwowego mogą być lokowane:

- 1) w papierach wartościowych emitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa,
- 2) na rachunkach bankowych z terminowym oprocentowaniem, z tym że w jednym banku nie może być lokowane więcej niż 10% środków funduszu rezerwowego.

4. Dochody z lokat, o których mowa w ust. 3, zasilają fundusz rezerwowy.

Art. 132. Środkami funduszy, o których mowa w art. 126, zarządza naczelny dyrektor.

Art. 133. Krajowy Związek Kas sporządza na każdy rok kalendarzowy plan finansowy obejmujący przychody i wydatki funduszy tworzonych przez Krajowy Związek Kas.

Art. 134. Krajowy Związek Kas tworzy:

- 1) fundusz wyrównawczy,
- 2) fundusz administracyjny,
- 3) fundusz rezerwowy,
- 4) fundusz celowy.

Art. 135. 1. Fundusz wyrównawczy jest przeznaczony na wyrównywanie różnic w przychodach pochodzących ze składek poszczególnych kas.

2. Przychodami funduszu wyrównawczego są:

- 1) odpisy z funduszu składkowego kasy w wysokości 10% przychodów, o których mowa w art. 127 ust. 2 pkt 1,
- 2) inne przychody.

3. Wydatkami funduszu wyrównawczego są:

- 1) dotacje wyrównawcze dla kas,
- 2) odpisy na fundusze administracyjny i rezerwowy Krajowego Związku Kas.

Art. 136. 1. Fundusz administracyjny tworzy się w wysokości 0,5% przychodów, o których mowa w art. 135 ust. 2 pkt 1.

2. Fundusz administracyjny jest przeznaczony na finansowanie działalności Krajowego Związku Kas.

Art. 137. 1. Fundusz rezerwowy tworzy się z odpisu funduszu wyrównawczego ustalonego przez Radę Krajowego Związku Kas w wysokości co najmniej 3% tego funduszu i z nie wykorzystanych w poprzednim roku kalendarzowym środków funduszu administracyjnego.

2. Fundusz rezerwowy jest przeznaczony na dodatkowe dotacje dla kas.

3. Środki funduszu rezerwowego mogą być lokowane:

- 1) w papierach wartościowych emitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa,
- 2) na rachunkach bankowych z terminowym oprocentowaniem, z tym że w jednym banku nie może być lokowane więcej niż 10% środków funduszu rezerwowego.

Art. 138. Fundusz celowy tworzony jest z dotacji budżetu państwa na sfinansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 165, oraz na realizację zadań zleconych.

Art. 139. 1. Środkami funduszu wyrównawczego dysponuje Zarząd Krajowego Związku Kas na podstawie planu finansowego.

2. Środkami funduszy administracyjnego i celowego dysponuje Prezes Zarządu Krajowego Związku Kas na podstawie planu finansowego.

3. Rada Krajowego Związku Kas postanawia o wykorzystaniu funduszu rezerwowego na wniosek kasy.

Art. 140. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady prowadzenia gospodarki finansowej Krajowego Związku Kas oraz regionalnych i branżowych kas, a także szczególne zasady sporządzania sprawozdań finansowych i ich wzory.

Art. 141. Krajowy Związek Kas oraz regionalne i branżowe kasy prowadzą rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591).

Rozdział 8

Uprawnienia kontrolne regionalnych i branżowych kas

Art. 142. 1. Kasa przeprowadza kontrolę wykonywania obowiązków w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego przez osoby wymienione w art. 23 oraz podmioty wymienione w art. 24 i 25.

2. Do zakresu kontroli, o której mowa w ust. 1, należy:

- 1) kontrola rzetelności zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych tym ubezpieczeniem,
- 2) kontrola rzetelności deklarowanych podstaw obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne, prawidłowości obliczania i wpłacania składki.

Art. 143. 1. Kontrola prowadzona jest zgodnie z planem kontroli ustalonym przez kasę.

2. Kontrola może być także przeprowadzona poza planem kontroli, jeżeli jest to uzasadnione okolicznościami faktycznymi.

3. Kontrolę przeprowadza osoba upoważniona przez dyrektora rejonowego oddziału regionalnej kasy lub oddziału branżowej kasy, a w przypadku gdy oddział nie został utworzony — przez naczelnego dyrektora branżowej kasy.

4. W trakcie kontroli osoba upoważniona do jej przeprowadzenia jest uprawniona do badania niezbędnego

nych dokumentów oraz uzyskiwania niezbędnych wyjaśnień i informacji odnoszących się do przedmiotu kontroli.

5. O podjęciu postępowania kontrolnego zawiadamia się kontrolowanego na piśmie, określając:

- 1) przedmiot i zakres kontroli,
- 2) przewidywany termin i czas trwania kontroli,
- 3) miejsce przeprowadzenia kontroli,
- 4) imię i nazwisko osoby przeprowadzającej kontrolę.

Art. 144. 1. Z przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, który podpisują przeprowadzający kontrolę i kontrolowany.

2. Kontrolowany w razie zastrzeżenia co do treści protokołu może odmówić jego podpisania; w tym przypadku przeprowadzający kontrolę zamieszcza stosowną wzmiankę w protokole.

3. Protokół kontroli powinien zawierać:

- 1) nazwę (nazwisko) oraz siedzibę lub adres kontrolowanego,
- 2) imię i nazwisko osoby przeprowadzającej kontrolę,
- 3) zakres i czas trwania kontroli,
- 4) ustalenia kontroli, w tym wskazanie stwierdzonych nieprawidłowości, a w szczególności kwoty należności z tytułu nie opłaconej lub nienależycie opłaconej składki,
- 5) wnioski dotyczące usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

4. Kontrolowany może w terminie 3 dni od dnia zapoznania się z protokołem kontroli złożyć na piśmie wyjaśnienia bądź złożyć zastrzeżenia do treści protokołu, a osoba prowadząca kontrolę obowiązana jest ustosunkować się do nich bez zbędnej zwłoki w formie odpowiedniej adnotacji.

Art. 145. 1. Protokół kontroli stanowi podstawę do wydania decyzji określonej w art. 99 ust. 2 pkt 6 w związku z art. 89 ust. 1 pkt 7 oraz art. 106.

2. Od decyzji służy odwołanie do naczelnego dyrektora regionalnej lub branżowej kasy w terminie 14 dni od daty jej doręczenia.

3. Jeżeli nie został utworzony oddział branżowej kasy, decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje dyrektor branżowej kasy; od decyzji tej nie służy odwołanie, jednakże jednostka kontrolowana niezadowolona z decyzji może zwrócić się do dyrektora branżowej kasy z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.

4. Wniesienie odwołania wstrzymuje wykonanie decyzji.

5. Rozstrzygnięcie odwołania następuje w drodze decyzji, w terminie jednego miesiąca od daty jej otrzymania.

6. W przypadku nieuwzględnienia odwołania w całości lub w części od decyzji, o której mowa w ust. 3 i 5,

przysługuje odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminach i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego.

7. Wniesienie odwołania do sądu nie wstrzymuje wykonania decyzji.

Art. 146. Organy kontroli państwowej są obowiązane przekazywać kasie informacje o stwierdzonych przypadkach naruszenia przepisów o ubezpieczeniu zdrowotnym, a w szczególności dotyczących zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz obliczania, rozliczania i opłacania składek.

Rozdział 9

Postępowanie w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 147. Od decyzji kasy w sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ustalenia prawa do świadczeń przysługuje odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminach i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu odrębnym w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych.

Art. 148. 1. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w art. 147, wnosi się do organu kasy, który wydał decyzję.

2. Organ może zmienić lub uchylić decyzję w terminie 14 dni od dnia wniesienia odwołania.

3. Jeżeli odwołanie nie zostało uwzględnione w całości, organ przekazuje niezwłocznie sprawę do sądu ze szczegółowym uzasadnieniem wydanej decyzji.

Art. 149. Do postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego rolników i osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających emerytury lub renty rolnicze stosuje się przepisy o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Art. 150. W razie zawinionego ujawnienia przez kasę danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia ubezpieczonego oraz innych informacji o ubezpieczonym, sąd może przyznać pokrzywdzonemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Rozdział 10

Nadzór nad działalnością Krajowego Związku Kas oraz regionalnych i branżowych kas

Art. 151. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej sprawuje nadzór nad działalnością kas i Krajowego Związku Kas co do zgodności z prawem i statutem oraz nad realizacją przez kasy zleconych zadań państwowych w dziedzinie ochrony zdrowia.

Art. 152. W ramach sprawowanego nadzoru Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej przysługuje prawo:

- 1) uzyskiwania informacji o działalności Krajowego Związku Kas i kas,

- 2) żądania zmiany uchwały Rady Krajowego Związku Kas w razie stwierdzenia sprzeczności z prawem lub statutem na zasadach, o których mowa w art. 116,
- 3) oceniania realizacji przez kasy uprawnień przysługujących ubezpieczonym,
- 4) występowania do organów Krajowego Związku Kas z wnioskami o podjęcie określonych inicjatyw lub działań w sprawach związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym.

Art. 153. Kontrola gospodarki finansowej Krajowego Związku Kas i kas prowadzona jest przez regionalne izby obrachunkowe.

Art. 154. Prezes Zarządu Krajowego Związku Kas przedstawia corocznie Sejmowi i Senatowi, nie później niż do końca czerwca roku następnego, sprawozdanie z działalności kas.

Rozdział 11

Przepisy karne

Art. 155. Kto nie zgłasza wymaganych przepisami danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenia zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia, podlega karze grzywny.

Art. 156. Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 155, następuje w trybie przepisów o postępowaniu w sprawach o wykroczenia.

Rozdział 12

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 157. W rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 r. — Prawo upadłościowe (Dz. U. z 1991 r. Nr 118, poz. 512, z 1994 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 85, poz. 426 oraz z 1996 r. Nr 6, poz. 43, Nr 43, poz. 189, Nr 106, poz. 496 i Nr 149, poz. 703) w art. 3 w § 1 po wyrazie „zobowiązania,” dodaje się wyrazy „kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”.

Art. 158. W ustawie z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1992 r. Nr 4, poz. 16, Nr 40, poz. 174 i Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 43, poz. 165, z 1996 r. Nr 7, poz. 44, Nr 10, poz. 56 i Nr 106, poz. 496 oraz z 1997 r. Nr 6, poz. 31) art. 69 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 69. 1. Żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe i ćwiczenia wojskowe oraz pełniącym służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny przysługuje prawo do bezpłatnego korzystania ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
2. Ministrowie Obrony Narodowej oraz Zdrowia i Opieki Społecznej określają, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady, zakres i tryb korzystania ze świadczeń, o których mowa w ust. 1.”

Art. 159. W ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1993 r. Nr 71, poz. 342, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 124, poz. 585, Nr 136, poz. 636 i Nr 155, poz. 771) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 6 dodaje się pkt 16 w brzmieniu:

„16) ubezpieczeniu zdrowotnym — rozumie się ubezpieczenie określone w odrębnych przepisach.”;
- 2) w art. 78:
 - a) w ust. 1 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) ubezpieczeń zdrowotnych:

 - a) rolników i pracujących z nimi domowników podlegających ubezpieczeniu społecznemu,
 - b) osób pobierających świadczenia emerytalno-rentowe w części składkowej.”,
 - b) w ust. 2 w pkt 3 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się wyrazy „obejmującej również wydatki, o których mowa w ust. 1 pkt 5.”;
- 3) w art. 79 w ust. 1 dodaje się zdanie drugie w brzmieniu:

„Ponadto ze środków funduszu administracyjnego finansowane są koszty obsługi zadań w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego.”

Art. 160. W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 1993 r. Nr 90, poz. 416 i Nr 134, poz. 646, z 1994 r. Nr 43, poz. 163, Nr 90, poz. 419, Nr 113, poz. 547, Nr 123, poz. 602 i Nr 126, poz. 626, z 1995 r. Nr 5, poz. 25 i Nr 133, poz. 654 oraz z 1996 r. Nr 25, poz. 113, Nr 87, poz. 395, Nr 137, poz. 638, Nr 147, poz. 686 i Nr 156, poz. 776) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 23 w ust. 1 w pkt 57 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 58 w brzmieniu:

„58) składek na ubezpieczenie zdrowotne, opłaconych w roku podatkowym przez podatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”;
- 2) po art. 27a dodaje się art. 27b w brzmieniu:

„Art. 27b. 1. Podatek dochodowy, obliczony zgodnie z art. 27, w pierwszej kolejności ulega obniżeniu o kwotę składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne:

 - 1) opłaconych w roku podatkowym bezpośrednio przez podatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
 - 2) pobranych w roku podatkowym przez płatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

2. Wysokość wydatków na cele określone w ust. 1 ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających ich poniesienie.”;
- 3) w art. 30 w ust. 4 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) odliczyć od przychodów wydatki określone w art. 26 ust. 1 oraz od zryczałtowanego podat-

- ku dochodowego w pierwszej kolejności wydatki określone w art. 27b ust. 1 pkt 1, a następnie wydatki określone w art. 27a ust. 1; w przypadku dokonywania odliczeń stosuje się odpowiednio przepisy art. 26 ust. 2—12, art. 27a ust. 2—17 i art. 27b ust. 2.”;
- 4) w art. 32 po ust. 3a dodaje się ust. 3b w brzmieniu:
„3b. Zaliczkę obliczoną w sposób określony w ust. 3 zmniejsza się o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej w tym miesiącu przez zakład pracy zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”;
- 5) w art. 33 po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:
„3a. Zaliczkę od dochodów, o których mowa w ust. 1, obliczoną w sposób określony w ust. 2 i 3, zmniejsza się o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej w tym miesiącu przez spółdzielnię zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Kwotę składki zmniejszającej zaliczkę oblicza się w sposób określony w ust. 3.”;
- 6) w art. 34:
a) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:
„4a. Zaliczkę obliczoną w sposób określony w ust. 2 zmniejsza się o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej w tym miesiącu przez organ rentowy zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”;
b) w ust. 9 po wyrazach „podatek wynikający z rozliczenia rocznego” dodaje się wyrazy „obniżony o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez organ rentowy zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”;
- 7) w art. 35 po ust. 8 dodaje się ust. 9 w brzmieniu:
„9. Zaliczkę od dochodów, o których mowa w ust. 1, obliczoną w sposób określony w ust. 3—8, zmniejsza się o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej w tym miesiącu przez płatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”;
- 8) w art. 37 w ust. 1 w ostatnim zdaniu po wyrazach „Podatek wynikający z obliczenia rocznego” dodaje się wyrazy „obniżony przez płatnika o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”;
- 9) w art. 38 w ust. 1 po wyrazach „kwotę potrąconego podatku dochodowego oraz” dodaje się wyrazy „kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a także”;
- 10) w art. 39 w ust. 1 w zdaniu pierwszym po wyrazach „uzyskanych przez nich dochodów oraz” dodaje się wyrazy „składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez płatnika, a także”;
- 11) w art. 41 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:
„1a. Zaliczkę od dochodów, o których mowa w ust. 1, obliczoną w sposób określony w tym przepisie, zmniejsza się o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej przez płatnika, o którym mowa w ust. 1, zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”;
- 12) w art. 42 w ust. 3 w zdaniu pierwszym po wyrazach „o wysokości dochodu i” dodaje się wyrazy „składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez płatnika, a także o”;
- 13) w art. 43 w ust. 4 po wyrazach „tego urzędu skarbowego” dodaje się wyrazy „obniżone o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaconej w tym miesiącu zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”;
- 14) w art. 44 po ust. 3a dodaje się ust. 3b w brzmieniu:
„3b. Zaliczki, o których mowa w ust. 3 pkt 2 i 3 oraz w ust. 3a, zmniejsza się o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne opłaconych bezpośrednio w tych miesiącach przez podatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”
- Art. 161.** W ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 1993 r. Nr 106, poz. 482 i Nr 134, poz. 646, z 1994 r. Nr 1, poz. 2, Nr 43, poz. 163, Nr 80, poz. 368, Nr 87, poz. 406, Nr 90, poz. 419, Nr 113, poz. 547, Nr 123, poz. 602 i Nr 127, poz. 627, z 1995 r. Nr 5, poz. 25, Nr 86, poz. 433, Nr 96, poz. 478, Nr 133, poz. 654 i Nr 142, poz. 704, z 1996 r. Nr 25, poz. 113, Nr 34, poz. 146, Nr 90, poz. 405, Nr 137, poz. 639 i Nr 147, poz. 686 oraz z 1997 r. Nr 9, poz. 44) wprowadza się następujące zmiany:
- 1) w art. 16 w ust. 1 w pkt 9 po lit. b) dodaje się lit. c) w brzmieniu:
„c) odpisy dokonywane na fundusze tworzone na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”;
- 2) w art. 17 w ust. 1:
a) po pkt 4o dodaje się pkt 4p w brzmieniu:
„4p) dochody Krajowego Związku Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz regionalnych i branżowych kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego — w części przeznaczonych na cele statutowe,”;
- b) po pkt 26 dodaje się pkt 27 w brzmieniu:
„27) dochody z lokat zwiększające fundusz rezerwowy Krajowego Związku Kas oraz kas regionalnych i branżowych, o którym mowa w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,”.
- Art. 162.** W ustawie z dnia 7 października 1992 r. o regionalnych izbach obrachunkowych (Dz. U. Nr 85, poz. 428, z 1994 r. Nr 76, poz. 344, z 1995 r. Nr 124, poz. 601 oraz z 1996 r. Nr 58, poz. 262 i Nr 106, poz. 496) wprowadza się następujące zmiany:
- 1) w art. 1 w ust. 1 kropkę na końcu zdania zastępuje się przecinkiem i dodaje się wyrazy „oraz Krajowe-

- go Związku Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, zwanego dalej «Krajowym Związkiem Kas», a także kas regionalnych oraz kas branżowych powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej «kasami regionalnymi» i «kasami branżowymi».”;
- 2) w art. 2 po ust. 4 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:
„5. Prezes Rady Ministrów określi w drodze rozporządzenia izby właściwe do wykonywania kontroli Krajowego Związku Kas oraz kas regionalnych lub kas branżowych.”;
- 3) w art. 5 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. Kontrola gospodarki finansowej w zakresie zadań:
1) administracji rządowej zleconych gminom,
2) Krajowego Związku Kas oraz kas regionalnych lub kas branżowych
dokonywana jest ponadto na podstawie kryteriów celowości, rzetelności i gospodarności.”;
- 4) w art. 7:
a) w ust. 1 kropkę na końcu zdania zastępuje się przecinkiem i dodaje się wyrazy „a w przypadku Krajowego Związku Kas, kas regionalnych oraz kas branżowych — co najmniej raz w roku.”,
b) w ust. 2 po wyrazach „w art. 5 i 6” dodaje się wyrazy „z zastrzeżeniem ust. 3”,
c) po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:
„3. Kontrolę Krajowego Związku Kas, kas regionalnych i kas branżowych izby mogą prowadzić na wniosek Ministrów Finansów, Zdrowia i Opieki Społecznej, Spraw Wewnętrznych i Administracji, Obrony Narodowej oraz Transportu i Gospodarki Morskiej.”;
- 5) w art. 10 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2—4 w brzmieniu:
„2. Informację o stwierdzonych nieprawidłowościach izba przekazuje:
1) jeżeli dotyczą działalności kasy regionalnej lub kasy branżowej — Zarządowi Krajowego Związku Kas,
2) jeżeli dotyczą działalności Krajowego Związku Kas — Prezesowi Rady Ministrów, Ministrowi Finansów oraz Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej.
3. Informacje o stwierdzonych nieprawidłowościach w zakresie rozliczeń zadań zleconych Krajowemu Związkowi Kas, kasom regionalnym lub kasom branżowym izba przekazuje organom zlecającym te zadania.
4. Zarząd Krajowego Związku Kas jest obowiązany przedstawić kolegium izby w terminie jednego miesiąca informację o podjętych działaniach mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.”;
- 6) po art. 12 dodaje się art. 12¹ w brzmieniu:
„Art. 12¹. 1. Izba bada uchwały rad nadzorczych Krajowego Związku Kas, kas regionalnych i kas branżowych, dotyczące gospodarki finansowej w zakresie zgodności z prawem.
2. W przypadku stwierdzenia naruszenia prawa izba wskazuje organom wymienionym w ust. 1 nieprawidłowości oraz sposób i termin ich usunięcia.
3. Jeżeli organy wymienione w ust. 1 nie usuną nieprawidłowości, o których mowa w ust. 2, izba orzeka o nieważności uchwały w całości lub w części.”
- Art. 163.** W ustawie z dnia 29 grudnia 1993 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 1994 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 87, poz. 435 i z 1996 r. Nr 5, poz. 34) w art. 9 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. Ze świadczeń pracowniczych mogą być potrącone jedynie zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne i należności alimentacyjne na zasadach przewidzianych w Kodeksie pracy do potrącenia tych należności z wynagrodzenia za pracę.”
- Art. 164.** W ustawie z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 1995 r. Nr 13, poz. 59 oraz z 1996 r. Nr 64, poz. 315 i Nr 89, poz. 402) w art. 2 po ust. 3 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:
„4. Najwyższa Izba Kontroli może kontrolować pod względem legalności, gospodarności i rzetelności działalność jednostek organizacyjnych i podmiotów innych niż wymienione w ust. 1 i 2, wykonujących zadania z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.”
- Art. 165.** 1. Ustawa nie narusza przepisów o świadczeniach zdrowotnych udzielanych bezpłatnie przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego:
1) art. 69, 129, 134, 135 ust. 1, art. 161, 170 ust. 1 i 2, art. 193 ust. 3 i art. 206 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1992 r. Nr 4, poz. 16, Nr 40, poz. 174 i Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 43, poz. 165, z 1996 r. Nr 7, poz. 44, Nr 10, poz. 56 i Nr 106, poz. 496 oraz z 1997 r. Nr 6, poz. 31);
2) art. 1 ustawy z dnia 22 kwietnia 1959 r. o zwalczaniu gruźlicy (Dz. U. Nr 27, poz. 170, z 1974 r. Nr 47, poz. 280, z 1989 r. Nr 35, poz. 192 i z 1990 r. Nr 34, poz. 198);
3) art. 8 ustawy z dnia 13 listopada 1963 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz. U. Nr 50, poz. 279, z 1971 r. Nr 12, poz. 115, z 1974 r. Nr 47, poz. 280, z 1989 r. Nr 35, poz. 192 i z 1990 r. Nr 34, poz. 198);
4) art. 48 pkt 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1969 r. — Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 13, poz. 98, z 1975 r. Nr 45, poz. 234, z 1982 r. Nr 16, poz. 125 i Nr 45, poz. 289, z 1985 r. Nr 23, poz. 100 i Nr 31, poz. 138, z 1988 r. Nr 20, poz. 135, z 1990 r. Nr 14, poz. 85, Nr 34, poz. 198 i Nr 36, poz. 206, z 1995 r. Nr 95, poz. 475 oraz z 1996 r. Nr 61, poz. 283);
5) art. 99 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 czerwca 1970 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 10, poz. 55);

6) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 35, poz. 230, z 1984 r. Nr 34, poz. 184, z 1987 r. Nr 33, poz. 180, z 1989 r. Nr 35, poz. 192, z 1990 r. Nr 34, poz. 198 i Nr 73, poz. 431, z 1991 r. Nr 73, poz. 321 i Nr 94, poz. 419, z 1993 r. Nr 40, poz. 184 oraz z 1996 r. Nr 127, poz. 593);

7) art. 23 ust. 4 ustawy z dnia 31 stycznia 1985 r. o zapobieganiu narkomanii (Dz. U. Nr 4, poz. 15 i Nr 15, poz. 66, z 1987 r. Nr 33, poz. 180, z 1989 r. Nr 35, poz. 192, z 1990 r. Nr 34, poz. 198 i Nr 89, poz. 517 oraz z 1991 r. Nr 105, poz. 452);

8) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535).

2. Zachowują moc przepisy o świadczeniach zdrowotnych związanych z ciążą, porodem i połogiem oraz zapobieganiem i zwalczaniem chorób wenerycznych.

3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 i 2, na rzecz osób nie posiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego są udzielane na koszt Skarbu Państwa.

Rozdział 13

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 166. 1. Organy, które tworzą i utrzymują publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przekształca je, do dnia wejścia w życie ustawy, w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej na zasadach, o których mowa w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej na wniosek Ministrów Obrony Narodowej lub Spraw Wewnętrznych i Administracji albo Sprawiedliwości bądź Transportu i Gospodarki Morskiej może zwolnić publiczne zakłady opieki zdrowotnej, tworzone i utrzymywane przez tych ministrów, z obowiązku, o którym mowa w ust. 1.

Art. 167. 1. Rada Ministrów ustanowi Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia ustawy, zwanego dalej „Pełnomocnikiem”.

2. Do Pełnomocnika stosuje się przepisy art. 10 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o organizacji i trybie pracy Rady Ministrów oraz o zakresie działania ministrów (Dz. U. Nr 106, poz. 492 i Nr 156, poz. 775), z zastrzeżeniem ust. 3—6.

3. Pełnomocnik podejmuje działania konieczne dla realizacji przepisów ustawy.

4. Pełnomocnik do czasu utworzenia organów, o których mowa w art. 74, 90 i 109, realizuje odpowiednio ich zadania.

5. Działalność Pełnomocnika ustaje w terminie 6 miesięcy od dnia powołania organów, o których mowa w ust. 4.

6. Pełnomocnik przekazuje sprawozdanie ze swej działalności Prezesowi Rady Ministrów i Prezesowi Zarządu Krajowego Związku Kas.

Art. 168. 1. Organem doradczym Pełnomocnika jest Tymczasowa Rada Krajowego Związku Kas.

2. Prezes Rady Ministrów na wniosek Pełnomocnika powołuje i odwołuje członków Tymczasowej Rady Krajowego Związku Kas, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. W skład Tymczasowej Rady Krajowego Związku Kas wchodzi:

- 1) Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- 2) Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
- 3) Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej,
- 4) Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej,
- 5) Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
- 6) Marszałek Krajowego Sejmiku Samorządu Terytorialnego,
- 7) przedstawiciel strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 8) Prezes Federacji Konsumentów,
- 9) Przewodniczący Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych,
- 10) Przewodniczący Komisji Krajowej Niezależnego Samorządowego Związku Zawodowego „Solidarność”,
- 11) Prezes Głównego Urzędu Statystycznego,
- 12) Prezes Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych.

4. Do członków Tymczasowej Rady Krajowego Związku Kas stosuje się przepisy art. 117.

Art. 169. 1. Na okres 1 roku od dnia wejścia w życie ustawy kasy zawierają umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z lekarzami wykonującymi zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, którzy spełniają warunki określone ustawą oraz zgłoszą chęć zawarcia umowy.

2. Przepis art. 56 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

Art. 170. Tracą moc w zakresie uregulowanym ustawą przepisy:

- 1) art. 133 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1992 r. Nr 4, poz. 16, Nr 40, poz. 174 i Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 43, poz. 165, z 1996 r. Nr 7, poz. 44, Nr 10, poz. 56 i Nr 106, poz. 496 oraz z 1997 r. Nr 6, poz. 31),
- 2) art. 61 ustawy z dnia 30 czerwca 1970 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 10, poz. 55),
- 3) art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 września 1973 r. o opatrzeniu emerytalnym twórców i ich rodzin (Dz. U. z 1983 r. Nr 31, poz. 145, z 1986 r. Nr 42, poz. 202,

- z 1989 r. Nr 35, poz. 190, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461),
- 4) art. 13 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 1983 r. Nr 13, poz. 68, z 1990 r. Nr 34, poz. 198, Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1992 r. Nr 21, poz. 84, z 1993 r. Nr 129, poz. 602, z 1994 r. Nr 10, poz. 37, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 138, poz. 681 oraz z 1996 r. Nr 136, poz. 636),
- 5) art. 6 ust. 1 pkt 1 i art. 8 ustawy z dnia 19 grudnia 1975 r. o ubezpieczeniu społecznym osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (Dz. U. z 1995 r. Nr 65, poz. 333 i Nr 128, poz. 617 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461),
- 6) art. 3 ust. 1 pkt 1 oraz art. 5 dekretu z dnia 4 marca 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz ich rodzin (Dz. U. z 1983 r. Nr 27, poz. 135, z 1989 r. Nr 35, poz. 190, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461),
- 7) art. 5 pkt 1 oraz art. 6 ustawy z dnia 18 grudnia 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym osób prowadzących działalność gospodarczą oraz ich rodzin (Dz. U. z 1989 r. Nr 46, poz. 250, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450 i Nr 110, poz. 474, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461 i Nr 124, poz. 585),
- 8) art. 24 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. — Prawo o adwokaturze (Dz. U. Nr 16, poz. 124 i Nr 25, poz. 187, z 1983 r. Nr 5, poz. 33, z 1986 r. Nr 42, poz. 202, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 77, poz. 367),
- 9) art. 8 ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin (Dz. U. Nr 40, poz. 267, z 1984 r. Nr 52, poz. 268 i 270, z 1986 r. Nr 1, poz. 1, z 1989 r. Nr 35, poz. 190 i 192, z 1990 r. Nr 10, poz. 58 i 61, Nr 36, poz. 206, Nr 66, poz. 390 i Nr 87, poz. 506, z 1991 r. Nr 7, poz. 24, Nr 80, poz. 350 i Nr 94, poz. 422, z 1992 r. Nr 21, poz. 84 i Nr 64, poz. 321, z 1994 r. Nr 74, poz. 339 i Nr 108, poz. 516, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461, Nr 136, poz. 636 i Nr 147, poz. 687),
- 10) art. 1 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 1 lutego 1983 r. o zaopatrzeniu emerytalnym górników i ich rodzin (Dz. U. z 1995 r. Nr 30, poz. 154),
- 11) art. 36 ustawy z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz. U. Nr 73, poz. 350 i Nr 137, poz. 638),
- 12) art. 22 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 29, poz. 154, z 1990 r. Nr 51, poz. 297, Nr 55, poz. 321 i Nr 86, poz. 504, z 1991 r. Nr 95, poz. 425 i Nr 107, poz. 459, z 1993 r. Nr 7, poz. 34 oraz z 1994 r. Nr 1, poz. 3),
- 13) art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 8 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o ubezpieczeniu społecznym duchownych (Dz. U. Nr 29, poz. 156, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461);
- 14) art. 23 ustawy z dnia 22 marca 1990 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. Nr 21, poz. 124 i Nr 43, poz. 253, z 1994 r. Nr 98, poz. 471 oraz z 1997 r. Nr 9, poz. 43),
- 15) art. 75 i 76 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. Nr 30, poz. 179, z 1991 r. Nr 94, poz. 422 i Nr 107, poz. 461, z 1992 r. Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 53, poz. 214, z 1995 r. Nr 4, poz. 17, Nr 34, poz. 163 i Nr 104, poz. 515 oraz z 1996 r. Nr 59, poz. 269 i Nr 106, poz. 496),
- 16) art. 62 i 63 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Urzędzie Ochrony Państwa (Dz. U. Nr 30, poz. 180, z 1991 r. Nr 94, poz. 422 i Nr 107, poz. 461, z 1992 r. Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 53, poz. 214, z 1995 r. Nr 4, poz. 17, Nr 34, poz. 163 i Nr 104, poz. 515 oraz z 1996 r. Nr 59, poz. 269, Nr 106, poz. 496 i Nr 156, poz. 775),
- 17) art. 112 ust. 1 i art. 154 ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 65, poz. 385, z 1992 r. Nr 54, poz. 254 i Nr 63, poz. 314, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, Nr 43, poz. 163, Nr 105, poz. 509 i Nr 121, poz. 591 oraz z 1996 r. Nr 5, poz. 34 i Nr 24, poz. 110),
- 18) art. 79 i 80 ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. Nr 78, poz. 462, z 1991 r. Nr 94, poz. 422, z 1992 r. Nr 54, poz. 254, z 1993 r. Nr 12, poz. 52, z 1994 r. Nr 53, poz. 214, z 1995 r. Nr 4, poz. 17, Nr 34, poz. 163 i Nr 104, poz. 515 oraz z 1996 r. Nr 106, poz. 496 i Nr 124, poz. 583),
- 19) art. 22 i art. 30 ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1993 r. Nr 13, poz. 60, z 1994 r. Nr 62, poz. 265 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 459 i Nr 147, poz. 687),
- 20) art. 53 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1993 r. Nr 71, poz. 342, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 124, poz. 585, Nr 136, poz. 636 i Nr 155, poz. 771),
- 21) art. 12 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. Nr 17, poz. 75, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1992 r. Nr 21, poz. 85, z 1993 r. Nr 29, poz. 133, Nr 129, poz. 602 i Nr 134, poz. 645, z 1994 r. Nr 99, poz. 482, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 138, poz. 681 oraz z 1997 r. Nr 15, poz. 83),
- 22) art. 24 ustawy z dnia 14 lutego 1991 r. — Prawo o notariacie (Dz. U. Nr 22, poz. 91),
- 23) art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1991 r. o Krajowej Szkole Administracji Publicznej (Dz. U. Nr 63, poz. 266 i Nr 104, poz. 450 oraz z 1996 r. Nr 106, poz. 496),
- 24) art. 65 i 66 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz. U. Nr 88, poz. 400, z 1992 r. Nr 21, poz. 86 i Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 53, poz. 214, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 34, poz. 163 oraz z 1996 r. Nr 106, poz. 496 i Nr 152, poz. 723),
- 25) art. 92 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329 i Nr 106, poz. 496),

- 26) art. 2 pkt 2 lit. a) i art. 28 ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych i ich rodzin (Dz. U. z 1994 r. Nr 10, poz. 36, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i z 1996 r. Nr 1, poz. 1),
- 27) art. 2 pkt 2 lit. a) i art. 28 ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Urzędu Ochrony Państwa, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. Nr 53, poz. 214 oraz z 1995 r. Nr 4, poz. 17),
- 28) art. 31 ust. 1 pkt 2, ust. 2 i 3 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 1997 r. Nr 25, poz. 128),
- 29) art. 46 ustawy z dnia 6 lipca 1995 r. o przedsiębiorstwie państwowym „Polskie Koleje Państwowe” (Dz. U. Nr 95, poz. 474 i z 1996 r. Nr 147, poz. 687),
- 30) art. 73 ustawy z dnia 26 kwietnia 1996 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. Nr 61, poz. 283 i Nr 106, poz. 496).

Art. 171. Tracą moc:

- 1) ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz. U. Nr 51, poz. 396, z 1934 r. Nr 95, poz. 855, z 1936 r. Nr 3, poz. 24, z 1938 r. Nr 3, poz. 15, Nr 26, poz. 227 i Nr 29, poz. 258, z 1939 r. Nr 71, poz. 476, z 1944 r. Nr 4, poz. 19, Nr 5, poz. 24 i Nr 9, poz. 44, z 1945 r. Nr 43, poz. 240, z 1946 r. Nr 4, poz. 28 i Nr 6, poz. 57, z 1947 r. Nr 2, poz. 4 i Nr 66, poz. 413, z 1948 r. Nr 27, poz. 183, z 1949 r. Nr 18, poz. 109, z 1950 r. Nr 36, poz. 333 i 334 i Nr 44, poz. 407, z 1951 r. Nr 17, poz. 138, Nr 41, poz. 313 i Nr 67, poz. 466, z 1954 r. Nr 22, poz. 78 i Nr 30, poz. 116, z 1958 r. Nr 35, poz. 154, z 1968 r. Nr 3, poz. 6 i 12, z 1972 r. Nr 27, poz. 190 i 191, z 1974 r. Nr 47, poz. 280 i z 1991 r. Nr 94, poz. 422),
- 2) ustawa z dnia 27 września 1991 r. o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne (Dz. U. Nr 94, poz. 422, z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z 1995 r. Nr 138, poz. 684 i z 1996 r. Nr 139, poz. 646).

Art. 172. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1999 r., z wyjątkiem art. 167 i 168, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Kwaśniewski*