

USTAWA

z dnia 18 lipca 1998 r.

o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw.

Art. 1. W ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 1 dodaje się art. 1a w brzmieniu:

„Art. 1a. Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

- 1) solidarności społecznej,
- 2) samorządności,
- 3) samofinansowania,
- 4) prawa wolnego wyboru lekarza i Kasy Chorych,
- 5) zapewnienia równego dostępu do świadczeń,
- 6) działalności Kas Chorych nie dla zysku,
- 7) gospodarności i celowości działania.”;

2) art. 2 otrzymuje brzmienie:

„Art. 2. Ubezpieczonymi na podstawie przepisów ustawy są osoby posiadające obywatel-

stwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu wydanej im w związku z udzieleniem statusu uchodźcy, jeżeli:

- 1) podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) ubezpieczają się dobrowolnie,
- 3) są członkami rodziny osób, o których mowa w pkt 1 i 2.”;

3) art. 3 otrzymuje brzmienie:

„Art. 3. Ubezpieczonym przysługują świadczenia określone w przepisach ustawy, służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielane w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz w celu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia.”;

4) art. 4 otrzymuje brzmienie:

„Art. 4. 1. Ubezpieczenie zdrowotne realizowane jest przez instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, zwane w ustawie „Kasami Chorych”, z uwzględnieniem art. 4a.

2. Kasa Chorych w celu zapewnienia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą gromadzi środki finansowe, zarządza nimi oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami, o których mowa w art. 7 pkt 23.
3. Świadczenia zdrowotne są udzielane ubezpieczonym w ramach środków finansowych posiadanych przez Kasę Chorych i powinny odpowiadać aktualnej wiedzy i praktyce medycznej oraz nie przekraczać granic koniecznej potrzeby.
4. Ubezpieczeni, o których mowa w art. 2 pkt 1 i 2, wnoszą do Kasy Chorych składkę na ubezpieczenie zdrowotne.
5. Ubezpieczeni współuczestniczą w kosztach udzielanych im świadczeń wnosząc opłaty (udział własny) na zasadach określonych ustawą.
6. Kasa Chorych, realizując swoje zadania, współdziała z innymi instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, organami jednostek samorządu terytorialnego, administracji rządowej, samorządami zawodów medycznych i organizacjami świadczeniodawców, a także ze stowarzyszeniami i grupami samopomocowymi tworzonymi w celu udzielania pomocy osobom chorym lub promocji zdrowia.
7. Kasa Chorych nie może prowadzić działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej.
8. Kasa Chorych nie może prowadzić zakładów opieki zdrowotnej, nie może być ich właścicielem ani nie może posiadać w jakiegokolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prawnych prowadzących zakłady opieki zdrowotnej, w szczególności nie może być akcjonariuszem lub udziałowcem spółek prowadzących zakłady opieki zdrowotnej.”;

5) po art. 4 dodaje się art. 4a w brzmieniu:

„Art. 4a. 1. Ubezpieczony może realizować obowiązki ubezpieczenia zdrowotnego w innej niż Kasa Chorych instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, działającej na podstawie odrębnych przepisów o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli instytucja ta:

- 1) zapewnia zakres świadczeń zdrowotnych nie mniejszy niż zagwarantowany ustawą,
- 2) obejmuje ubezpieczeniem każdą zgłaszającą się osobę bez względu na czynniki ryzyka,

- 3) nie różnicuje wysokości składki w zależności od czynników ryzyka,
- 4) działa na całym terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i nie różnicuje składki w zależności od regionu,
- 5) obejmuje ubezpieczeniem członków rodziny osoby opłacającej składkę,
- 6) uzyskała zgodę Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych na realizację zadań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Instytucja, o której mowa w ust. 1, w zakresie realizacji zadań powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego podlega nadzorowi i kontroli Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

3. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych może cofnąć zgodę, o której mowa w ust. 1 pkt 6, jeżeli instytucja ubezpieczenia zdrowotnego nie realizuje przepisów ust. 1 pkt 1—5 i nie zapewnia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą. W razie cofnięcia zgody przepis art. 69c ust. 3 stosuje się odpowiednio.”;

6) skreśla się art. 5 i 6;

7) w art. 7:

a) w pkt 14 skreśla się wyrazy „lub osobę pobierającą emeryturę lub rentę zagraniczną,”

b) pkt 15 otrzymuje brzmienie:

„15) przeciętnym wynagrodzeniu — rozumie się przez to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej «Monitor Polski»,”

c) w pkt 20 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 21—30 w brzmieniu:

„21) członku rodziny — rozumie się przez to następujące osoby, pozostające na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego opłacającego składkę:

- a) dziecko własne, dziecko drugiego małżonka, dziecko przysposobione oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej — do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w znacznym stopniu — bez ograniczenia wieku,

b) małżonka,

c) krewnych wstępnych pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym i nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia,

22) Kasie Chorych bez bliższego oznaczenia — rozumie się przez to regionalną lub branżową Kasę Chorych,

- 23) świadczeniodawcy — rozumie się przez to zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie oraz osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki albo osobę, która uzyskała fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej,
- 24) Pełnomocniku — rozumie się przez to Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, o którym mowa w art. 167,
- 25) Urzędzie Nadzoru — rozumie się przez to Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, o którym mowa w art. 151—151f,
- 26) świadczeniach pielęgniarskich — rozumie się przez to świadczenia zdrowotne określone w art. 4 i 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410 i z 1998 r. Nr 106, poz. 668),
- 27) poziomie referencyjnym szpitali — rozumie się przez to podział szpitali w zależności od zakresu i rodzaju udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych,
- 28) aptece — rozumie się przez to aptekę ogólnodostępną,
- 29) szpitalu — rozumie się przez to również szpital kliniczny,
- 30) ambulatoryjnej opiece zdrowotnej — rozumie się przez to udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom nie wymagającym hospitalizacji (leczenia szpitalnego) przez przychodnie, poradnie i ośrodki zdrowia oraz udzielanie tych świadczeń w ramach praktyki zawodów medycznych.”;
- 8) w art. 8:
- a) w pkt 1 po wyrazie „społecznym” dodaje się wyrazy „, z zastrzeżeniem art. 2”,
- b) pkt 9—17 otrzymują brzmienie:
- „9) sędziowie i prokuratorzy,
- 10) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenia rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby,
- 11) dzieci, uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu,
- 12) studenci i słuchacze studiów doktoranckich, nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu,
- 13) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej,
- 14) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15 roku życia, nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu,
- 15) bezrobotni,
- 16) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne,
- 17) osoby pobierające rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,”
- c) po pkt 17 dodaje się pkt 18—21 w brzmieniu:
- „18) kombatanci nie podlegający ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub nie pobierający emerytury lub renty,
- 19) osoby korzystające z urlopu wychowawczego nie pozostające na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu,
- 20) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, jeżeli nie są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1—19,
- 21) cudzoziemcy, którzy przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu wydanej im w związku z udzieleniem statusu uchodźcy.”;
- 9) po art. 8 dodaje się art. 8a w brzmieniu:
- „Art. 8a. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi w Kasie Chorych, zgodnie z przepisami art.16, i opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych ustawą.
2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu w Kasie Chorych:
- 1) staje się członkiem Kasy Chorych,
- 2) uzyskuje wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem art. 51.
3. Członkostwo w Kasie Chorych osoby, o której mowa w ust. 2, kończy się z dniem wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, chyba że osoba ta ubezpiecza się nadal dobrowolnie.
4. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o której mowa w ust. 2, i członków jej rodziny ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia jej członkostwa w Kasie Chorych, chyba że osoba ta stała się w tym czasie członkiem innej Kasy Chorych.
5. W odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty członkostwo w Kasie Chorych nie wygasa w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
6. W razie nienabycia praw do emerytury lub renty osoba, o której mowa w ust. 5, zobowiązana jest do zwrotu kosztów udzielanych jej świadczeń zdrowotnych w okresie od daty, o której mowa w ust. 4.
- ”

7. Jednocześnie można być członkiem tylko jednej Kasy Chorych.”;

10) art. 9 otrzymuje brzmienie:

„Art. 9. 1. Osoba nie wymieniona w art. 8 może ubezpieczać się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Kasie Chorych.

2. Podstawę wymiaru składki opłacanej przez osobę, o której mowa w ust. 1, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu.

3. Osoba, o której mowa w ust. 1, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Kasą Chorych, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub nieopłacenia składki w obowiązującym terminie.

4. Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osoby, o której mowa w ust. 1, oznacza równoczesne ubezpieczenie członków jej rodziny.

5. Osoba, o której mowa w ust. 1, w okresie objęcia jej ubezpieczeniem zdrowotnym jest członkiem Kasy Chorych, z którą zawarła umowę.

6. Prawo do świadczeń zdrowotnych osoby, o której mowa w ust. 1, i członków jej rodziny rozpoczyna się w dniu objęcia ubezpieczeniem i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania członkostwa w Kasie Chorych.

7. Kasa Chorych może uzależnić objęcie ubezpieczeniem osoby, o której mowa w ust. 1, od wpłacenia przez nią kwoty odpowiadającej wielokrotności miesięcznej składki na ubezpieczenie zdrowotne, naliczanej na zasadach określonych w ust. 2, jeśli nie była ona dotąd członkiem Kasy Chorych lub przerwa w jej ubezpieczeniu zdrowotnym w Kasie Chorych trwała dłużej niż 3 miesiące.

8. Szczegółowe zasady ustalania wysokości i pobierania kwoty, o której mowa w ust. 7, określa statut Kasy Chorych, z tym że nie może być ona wyższa niż dwukrotność przeciętnego wynagrodzenia.

9. Kasa Chorych zawiadamia Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym osoby ubezpieczającej się na własny wniosek.”;

11) art. 10 otrzymuje brzmienie:

„Art. 10. W Kasach Chorych nie mogą ubezpieczać się obywatele państw obcych, przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na innej podstawie niż karta stałego pobytu lub karta czasowego pobytu wy-

dana im w związku z udzieleniem statusu uchodźcy, a także którzy są zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej.”;

12) w art. 11 skreśla się wyrazy „objętych ubezpieczeniem społecznym” oraz „pracowników, a w stosunku do rolników — w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników”;

13) art. 13 otrzymuje brzmienie:

„Art. 13. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób wymienionych w art. 8 pkt 8 i 9 powstaje z dniem przyznania im uposażenia, a wygasa z dniem utraty prawa do pobierania uposażenia.”;

14) art. 14 otrzymuje brzmienie:

„Art. 14. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego emerytów i rencistów powstaje od dnia, od którego przysługuje wypłata emerytury lub renty, a wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do osób w stanie spoczynku pobierających uposażenie lub pobierających uposażenie rodzinne oraz osób pobierających uposażenie po zwolnieniu ze służby.”;

15) w art. 15:

a) w pkt 1 i 2 wyrazy „pkt 10” zastępuje się wyrazami „pkt 11”,

b) w pkt 3 wyrazy „pkt 11 i 12” zastępuje się wyrazami „pkt 12 i 13”,

c) pkt 4—7 otrzymują brzmienie:

„4) osób wymienionych w art. 8 pkt 14 — powstaje z dniem przyznania stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do jego pobierania,

5) bezrobotnych — powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego, a wygasa z dniem utraty tego statusu,

6) osób pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne z urzędu pracy — obejmuje okres od dnia przyznania prawa do zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego do dnia utraty prawa do ich pobierania,

7) osób pobierających rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej — obejmuje okres od dnia przyznania renty lub zasiłku do dnia utraty prawa do ich pobierania,”

d) w pkt 7 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 8—10 w brzmieniu:

„8) osób korzystających z urlopu wychowawczego — powstaje z dniem rozpoczęcia urlopu, a wygasa z dniem zakończenia urlopu,

- 9) rolników, o których mowa w art. 8 pkt 20 — powstaje z dniem zaistnienia określonych w tym przepisie warunków, a wygasa z dniem ich ustania,
- 10) osób, o których mowa w art. 8 pkt 21 — powstaje z dniem otrzymania karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu, wydanej w związku z udzieleniem statusu uchodźcy, a wygasa z dniem jego utraty.”;
- 16) art. 16 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 16. 1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniem społecznym oraz wymienionych w ust. 3—10 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego lub do ubezpieczenia społecznego rolników, z zastrzeżeniem ust. 11.
2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób wymienionych w art. 8 pkt 2—9 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego pracowników, z zastrzeżeniem ust. 11.
3. Osoby pobierające emeryturę lub rentę zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub inna właściwa instytucja emerytalno-rentowa.
4. Osoby wymienione w art. 8 pkt 11 i 12 zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli, szkoły wyższe, jednostki prowadzące studia doktoranckie, placówki opiekuńczo-wychowawcze, resocjalizacyjne i domy pomocy społecznej.
5. Osoby wymienione w art. 8 pkt 13 zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
6. Osoby wymienione w art. 8 pkt 14 zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.
7. Bezrobotnych oraz osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne z urzędu pracy zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego wypłacający zasiłek lub świadczenie.
8. Osoby pobierające rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej.
9. Osoby wymienione w art. 8 pkt 20 zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te zobowiązane są zgłosić się w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu ich zarejestrowania.
10. Osoby nie wymienione w ust. 1—9 zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same.
11. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1—10, kierowane są do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Zgłoszenie powinno zawierać wskazanie Kasy Chorych, imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, datę urodzenia oraz numer NIP w przypadku osób, którym nadano ten numer. Gdy osoba zgłaszana do ubezpieczenia zdrowotnego nie ma nadanego numeru PESEL i numeru NIP, zgłoszenie powinno zawierać rodzaj i numer dowodu tożsamości. Zgłoszenie powinno zawierać również następujące dane dotyczące członków rodziny objętej ubezpieczeniem: stopień pokrewieństwa, nazwisko, imię, datę urodzenia, adres zamieszkania, stopień niepełnosprawności oraz numer PESEL.
12. Osoby, o których mowa w ust. 1—10, są obowiązane w ciągu 7 dni od dnia ubezpieczenia się w innej Kasie Chorych zawiadomić o tym fakcie Kasę Chorych, której ostatnio byli członkami, oraz poinformować płatnika ich składki i właściwy oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.”;
- 17) skreśla się art. 17;
- 18) art. 18 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 18. 1. Dowodem objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym jest karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego, zwana dalej „kartą ubezpieczenia”.
2. Na karcie ubezpieczenia umieszcza się następujące dane osobowe:
- 1) imię i nazwisko,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) datę urodzenia,
 - 4) miejsce zamieszkania.
3. Na karcie ubezpieczenia, za zgodą ubezpieczonego, mogą być umieszczane dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia.
4. Kartę ubezpieczenia otrzymuje osoba ubezpieczona po zgłoszeniu jej w Kasie Chorych zgodnie z art. 16.
5. Zakres informacji umieszczanych na karcie ubezpieczenia oraz wzór, tryb jej wydawania i unieważniania określi, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Rady Krajowego Związku Kas Chorych.”;
- 19) art. 19 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 19. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 7,5% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 20 i art. 169d.”;

20) art. 20 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 20. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Podstawą wymiaru składki dla rolnika prowadzącego działki specjalne produkcji rolnej jest ponadto deklarowana kwota odpowiadająca dochodowi ustalonymu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych.
3. Podstawą wymiaru składki dla rolnika, o którym mowa w art. 8 pkt 20, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.
4. Podstawą wymiaru składki dla domownika pracującego z rolnikiem w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.
5. Składka rolnika na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje członków jego rodziny, jeżeli nie są oni domownikami w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników.
6. Składka rolnika nie może przekroczyć wysokości kwoty składki naliczanej z 50 hektarów przeliczeniowych prowadzonego gospodarstwa rolnego.”;

21) w art. 21:

a) w ust. 1 po wyrazach „w art. 8 pkt 1 lit. a) i c)—h)” dodaje się wyrazy „, z zastrzeżeniem ust. 3a”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla:

- 1) osób wymienionych w art. 8 pkt 8 i 9 — jest kwota odpowiadająca wysokości ich uposażenia,
- 2) osób wymienionych w art. 8 pkt 10 — jest kwota emerytury, renty, z wyłączeniem dodatków, zasiłków, świadczeń pieniężnych i ryczałtu energetycznego,
- 3) osób wymienionych w art. 8 pkt 11 i 12 — jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej,
- 4) osób wymienionych w art. 8 pkt 13 i 14 — jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium,
- 5) osób wymienionych w art. 8 pkt 15 — jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium, a w przypadku niepobierania przez bezrobotnego zasiłku lub stypendium — kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej,

6) osób wymienionych w art. 8 pkt 16 — jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego,

7) osób wymienionych w art. 8 pkt 17 — 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 18 — jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej,

9) osób wymienionych w art. 8 pkt 19 — jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku wychowawczego,

10) osób wymienionych w art. 8 pkt 21, jeżeli nie dotyczą ich przepisy art. 8 pkt 1—20 — jest kwota odpowiadająca wysokości przeciętnego wynagrodzenia.”,

c) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób wymienionych w art. 8 pkt 1 lit. f), z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku od przychodów osób duchownych, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.”,

d) w ust. 4 skreśla się wyrazy „po zasięgnięciu opinii Rady Krajowego Związku Kas”;

22) art. 24 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 24. 1. Za osobę pozostającą w stosunku pracy lub w stosunku służbowym, pobierającą uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne albo uposażenie po zwolnieniu ze służby składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego 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, z 1996 r. Nr 5, poz. 34, z 1997 r. Nr 28, poz. 153 i Nr 123, poz. 776 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668) — podmiot zobowiązany do wypłaty tych świadczeń.
2. Za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy agencyjnej oraz za osobę z nią współpracującą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza zleceniodawca.
3. Za bezrobotnego pobierającego zasiłek lub stypendium, osobę pobierającą zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza właściwy urząd pracy.

4. Za osobę objętą ubezpieczeniem społecznym członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kótek rolniczych oraz ich rodzin składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza spółdzielnia.
5. Za osobę pobierającą uposażenie posła lub senatora składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Kancelaria Sejmu lub Kancelaria Senatu.
6. Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty emerytury, renty, o której mowa w art. 21 ust. 3 pkt 2, i odprowadza Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo inna instytucja emerytalno-rentowa wypłacająca emeryturę lub rentę.
7. Za osobę, o której mowa w art. 8 pkt 13, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
8. Za osobę, o której mowa w art. 8 pkt 14, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający stypendium.
9. Za osobę współpracującą z osobą prowadzącą działalność gospodarczą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza osoba prowadząca działalność gospodarczą.”;

23) w art. 25:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) rolników, o których mowa w art. 8 pkt 1 lit. b) i pkt 20, oraz domowników, z wyjątkiem rolników prowadzących działy specjalne, opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, z zastrzeżeniem art. 16 ust. 9,
- 2) bezrobotnych nie pobierających zasiłku opłaca właściwy urząd pracy,
- 3) osób pobierających zasiłek wychowawczy opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- 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 11, przebywających w placówce opiekuńczo-wychowawczej, resocjalizacyjnej lub w domu pomocy społecznej opłaca placówka lub dom, a uczniów i słuchaczy nie przebywających w takiej placówce, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego

tytułu, opłaca szkoła lub zakład kształcenia nauczycieli, do którego uczeń lub słuchacz uczęszcza,

- 6) studentów i uczestników studiów doktoranckich, o których mowa w art. 8 pkt 12, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia, jeżeli nie podlegają one obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,
 - 7) kombatantów, o których mowa w art. 8 pkt 18, opłaca Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.”,
- b) w ust. 2 po wyrazie „rodzin” dodaje się wyrazy „, jak również osób, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939—1945 lub eksplozji niewypałów i niewybuchów pozostałych po tej wojnie, otrzymujących dochody z tytułu emerytury lub renty, zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych, na podstawie odrębnych przepisów,”
- c) po ust. 2 dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu:
- „3. Składki na ubezpieczenie zdrowotne duchownych, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku od przychodów osób duchownych, są finansowane z Funduszu Kościelnego.
4. Na opłacenie składek, o których mowa w ust. 3, Fundusz Kościelny otrzymuje dotacje z budżetu państwa.”;
- 24) po art. 25 dodaje się art. 25a w brzmieniu:
- „Art. 25a. 1. Płatnik, o którym mowa w art. 24 i art. 25 ust. 1, za terminowe naliczenie i odprowadzenie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz przekazanie związanych z tym informacji ma prawo do wynagrodzenia w wysokości 0,1% odprowadzonej kwoty składek.
2. Kwota należnego wynagrodzenia potrącana jest przez płatnika z kwoty pobranych składek.”;
- 25) art. 26 otrzymuje brzmienie:
- „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 w terminie do 15 dnia następnego miesiąca, w trybie i na zasadach przewidzianych dla składek na ubezpieczenie społeczne, z zastrzeżeniem ust. 6.
2. Od nie opłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobiera się odsetki za zwłokę na zasadzie i w wysokości określonych przepisami wydanyymi na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. — Ordynacja podatkowa (Dz. U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668).

3. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) osób wymienionych w art. 8 pkt 1 lit. a) i c)—h), w pkt 2—19 i 21 oraz w art. 9 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych,
- 2) osób wymienionych w art. 8 pkt 1 lit. b) i pkt 10, w stosunku do osób pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, oraz w art. 8 pkt 20 i w art. 20 są opłacane i ewidencjonowane w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
- 3) osób wymienionych w art. 8 w pkt 1 lit. a) i d) oraz w pkt 2—7 i 10 mogą być opłacane i ewidencjonowane bezpośrednio w branżowej Kasie Chorych.

4. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu trzech dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz dokumentów umożliwiających rozdzielenie składek na poszczególne Kasy Chorych, Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do właściwej Kasy Chorych.

5. Kasa Chorych jest uprawniona do nieodpłatnego dostępu do informacji o ubezpieczonym i opłacanej przez niego składce, w zakresie niezbędnym do realizacji ubezpieczenia zdrowotnego, znajdujących się w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

6. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Finansów po zasięgnięciu opinii Rady Krajowego Związku Kas określi, w drodze rozporządzenia, zasady, tryb i terminy dokonywania rozliczeń związanych z opłatą składek na ubezpieczenie zdrowotne osób wymienionych w ust. 3 pkt 2 oraz tryb i terminy dokonywania rozliczeń związanych z przekazaniem składki wraz z należnymi odsetkami przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do właściwej Kasy Chorych. Rozporządzenie może różnicować terminy opłacania składek, jednak nie później niż w terminie określonym w ust. 1.”;

26) po art. 26 dodaje się art. 26a w brzmieniu:

„Art. 26a. Koszty poboru, ewidencjonowania i dochodzenia składek na ubezpieczenie zdrowotne Kasa Chorych zwraca odpowiednio: Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych w wysokości 0,5% oraz Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,25% kwoty składek.”;

27) art. 27 otrzymuje brzmienie:

„Art. 27. Od kwoty nie przekazanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami Kasa Chorych pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych przepisami wydanymi na podstawie ustawy — Ordynacja podatkowa.”;

28) w art. 29 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Nadpłaconą składkę zalicza się na poczet następnych należnych składek, a jeżeli obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego wygaś, nadpłacona składka podlega zwrotowi przez Kasę Chorych.”;

29) w art. 30:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu:

- 1) od podatku dochodowego od osób fizycznych obliczonego według skali podatkowej określonej w art. 27 ust. 1 ustawy 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, z 1996 r. Nr 25, poz. 113, Nr 87, poz. 395, Nr 137, poz. 638, Nr 147, poz. 686 i Nr 156, poz. 776, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 30, poz. 164, Nr 71, poz. 449, Nr 85, poz. 538, Nr 96, poz. 592, Nr 121, poz. 770, Nr 123, poz. 776, Nr 137, poz. 926, Nr 139, poz. 932, 933 i 934, Nr 141, poz. 943 i 945 oraz z 1998 r. Nr 66, poz. 430, Nr 74, poz. 471 i Nr 108, poz. 685) — na zasadach określonych w tej ustawie,

- 2) od zryczałtowanego podatku dochodowego opłacanego w formie ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych i karty podatkowej oraz od zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych — na zasadach określonych w odrębnych przepisach.”,

b) skreśla się ust. 2;

30) art. 31 otrzymuje brzmienie:

„Art. 31. 1. Osobom ubezpieczonym przysługują, na zasadach określonych w ustawie, świadczenia zdrowotne mające na celu:

- 1) zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom i urazom,
- 2) wczesne wykrywanie chorób,
- 3) leczenie,
- 4) zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

2. W celu realizacji uprawnień określonych w ust. 1 Kasa Chorych zapewnia ubezpieczonemu w szczególności:

- 1) badanie i poradę lekarską,

- 2) badanie diagnostyczne,
- 3) leczenie (ambulatoryjne, w domu chorego, szpitalne oraz w ramach pomocy doraźnej),
- 4) rehabilitację leczniczą,
- 5) świadczenie pielęgniarskie,
- 6) opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu, opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem,
- 7) opiekę profilaktyczną,
- 8) zaopatrzenie w leki i materiały medyczne,
- 9) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne,
- 10) orzekanie o stanie zdrowia,
- 11) opiekę paliatywno-hospicyjną.”;

31) po art. 31 dodaje się art. 31a—31f w brzmieniu:

„Art. 31a. 1. Ubezpieczonemu w Kasie Chorych nie przysługują:

- 1) świadczenia, których sposób finansowania określają odrębne przepisy, w tym świadczenia służby medycyny pracy,
- 2) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie ubezpieczonego, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- 3) świadczenia zdrowotne w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych, nie związane z bezpośrednią przyczyną skierowania ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe,
- 4) świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii, inne niż określone w art. 31e,
- 5) szczepienia ochronne inne niż zleczone do wykonania Kasom Chorych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej,
- 6) świadczenia ponadstandardowe, których wykaz określi, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Krajowego Związku Kas Chorych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek

i Położnych; świadczenia te ubezpieczony finansuje ze środków własnych,

7) wysokospecjalistyczne procedury medyczne; wykaz, zasady i tryb udzielania tych świadczeń określi Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej; świadczenia te finansowane są z budżetu państwa.

2. Kasy Chorych nie finansują kosztów leczenia ubezpieczonego poza granicami kraju, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej może skierować ubezpieczonego do przeprowadzenia za granicą leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju. Koszty tych świadczeń są finansowane z budżetu państwa.

3. Kasy Chorych nie finansują kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. Koszty te finansowane są na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 31b. 1. Kasa Chorych realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób poprzez:

- 1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie,
- 2) zapewnienie ubezpieczonym profilaktycznych badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób układu krążenia, chorób nowotworowych oraz innych chorób,
- 3) prowadzenie profilaktyki stomatologicznej u dzieci do lat 18,
- 4) przeprowadzanie badań profilaktycznych u dzieci do lat 18 i kobiet w ciąży,
- 5) wykonywanie szczepień ochronnych.

2. Kasa Chorych realizuje świadczenia, o których mowa w ust. 1, w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej:

- 1) zleczanych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i finansowanych z budżetu państwa,
- 2) podejmowanych i finansowanych przez Kasy Chorych ze środków własnych,
- 3) finansowanych z innych źródeł.

- Art. 31c. 1. Ubezpieczony ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty poprzez leczenie ambulatoryjne, z zastrzeżeniem art. 58 ust. 3.
2. Ubezpieczony ma prawo do wyboru szpitala spośród szpitali tego samego poziomu referencyjnego, które zawarły umowę z Kasą Chorych. Jeżeli ubezpieczony wybierze inny szpital wyższego poziomu referencyjnego, Kasa Chorych obciąża go wynikającą stąd różnicą kosztów.
3. Różnice kosztów, o których mowa w ust. 2, określa się porównując średni koszt leczenia pacjenta na oddziałach danej specjalności w szpitalach obu poziomów referencyjnych na obszarze działania Kasy Chorych w poprzednim roku kalendarzowym.
4. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze rozporządzenia, krajową sieć szpitali ustalając ich poziom referencyjny w zależności od rodzaju udzielanych przez te szpitale świadczeń zdrowotnych.
- Art. 31d. 1. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń rehabilitacji leczniczej w celu zapobieżenia niepełnosprawności, jej usunięcia, ograniczenia lub złagodzenia jej skutków.
2. Kasa Chorych zapewnia ubezpieczonemu niezbędne świadczenia rehabilitacyjne w zakładzie rehabilitacji leczniczej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Koszty wyżywienia i zakwaterowania w zakładzie rehabilitacji leczniczej pokrywane są na zasadach określonych dla zakładów opiekuńczo-leczniczych w odrębnych przepisach.
- Art. 31e. 1. Ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych podstawowych świadczeń lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych.
2. Wykaz podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych określi Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Krajowego Związku Kas Chorych.
- Art. 31f. 1. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, bezpłatnie lub za zryczałtowaną opłatą.
2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Krajowego Związku Kas Chorych określi, w drodze rozporządzenia, wykaz badań diagnostycznych, za które ubezpieczony wnosi zryczałtowane opłaty, oraz maksymalną wysokość tych opłat.”;
- 32) skreśla się art. 32—34;
- 33) w art. 35 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. Zaopatrzenie w leki i materiały medyczne przysługuje ubezpieczonemu także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Kasą Chorych umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.”;
- 34) w art. 38:
a) skreśla się ust. 2,
b) w ust. 6 po wyrazie „ustala” dodaje się wyrazy „ , w drodze rozporządzenia,”
c) w ust. 7 wyraz „zarządzenia” zastępuje się wyrazem „rozporządzenia”;
- 35) skreśla się art. 40—42;
- 36) w art. 43 wyraz „zarządzenia” zastępuje się wyrazem „rozporządzenia”;
- 37) w art. 44 w ust. 2 skreśla się wyrazy „i członkom ich rodzin”;
- 38) w art. 45 po wyrazie „określa” dodaje się wyrazy „ , w drodze rozporządzenia,”;
- 39) art. 47 otrzymuje brzmienie:
„Art. 47. 1. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne przysługuje ubezpieczonemu 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 na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Kasa Chorych może wprowadzić limit cen dla przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach — w zakresie którego finansuje to świadczenie.
4. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Krajowego Związku Kas Chorych szczegółowy wykaz przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych oraz wysokość udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia.
5. Udział Kasy Chorych nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% limitu ceny świadczenia lub ceny świadczenia, jeżeli limit nie został ustalony.
- ”

6. Kasa Chorych może osobie ubezpieczonej wypożyczać nieodpłatnie, po wniesieniu kaucji, niezbędne przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze na warunkach określonych w statucie Kasy.”;

40) art. 48 otrzymuje brzmienie:

„Art. 48. 1. Leczenie uzdrowiskowe przysługuje ubezpieczonemu na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, wymaga potwierdzenia przez Kasę Chorych.
3. Ubezpieczony ponosi koszty zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium uzdrowiskowym oraz, z zastrzeżeniem art. 50 ust. 2, koszty przejazdu do i z sanatorium, na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
4. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady potwierdzania skierowania, o którym mowa w ust. 1.”;

41) skreśla się art. 49;

42) art. 50 otrzymuje brzmienie:

„Art. 50. 1. Ubezpieczonemu na podstawie zlecenia lekarza przysługują bezpłatne przejazdy środkiem transportu sanitarnego w przypadkach:

- 1) przewozu osób wymagających natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
 - 2) przewozów wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia w przypadkach schorzeń zagrażających zdrowiu lub życiu.
2. Ubezpieczonemu na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadku przewozu 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.
 3. Statut Kasy Chorych może określać wysokość udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu lub pełne pokrycie tych kosztów przez ubezpieczonego w przypadkach nie wymienionych w ust. 1 i 2.”;

43) art. 51 otrzymuje brzmienie:

„Art. 51. 1. Ubezpieczony ubiegający się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązany przedstawić kartę ubezpieczenia. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, karta może zostać przedstawiona w terminie późniejszym, na zasadach określonych w statucie Kasy Chorych.

2. W razie nieprzedstawienia karty ubezpieczenia lub w przypadku, gdy ubezpieczony nie opłacił składki na ubezpieczenie zdrowotne przez okres dłuższy niż 30 dni, świadczenie zostaje udzielone na koszt ubezpieczonego, z wyjątkiem nagłych zachorowań związanych z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanów zagrożenia życia lub porodu.

3. W razie nieodprowadzenia składki za ubezpieczonego przez zobowiązanego płatnika, przez okres dłuższy niż 30 dni, Kasa Chorych obciąża tego płatnika kosztami świadczenia udzielonego ubezpieczonemu.

4. W razie późniejszego przedstawienia karty ubezpieczenia lub opłacenia zaległych składek wraz z odsetkami, ubezpieczony i płatnik może ubiegać się o zwrot kosztów, o których mowa w ust. 2 i 3, w trybie określonym w statucie Kasy Chorych.

5. Roszczenia, o których mowa w ust. 3, ulegają przedawnieniu z upływem 12 miesięcy od dnia, w którym roszczenia stały się wymagalne.

6. Przepisów ust. 1—3 nie stosuje się do dzieci od dnia urodzenia do ukończenia 3 miesiąca życia.”;

44) skreśla się art. 52;

45) art. 53 otrzymuje brzmienie:

„Art. 53. 1. Kasy Chorych zawierają umowy o udzielanie świadczeń ze świadczeniodawcami posiadającymi uprawnienia do udzielania świadczeń na podstawie odrębnych przepisów.

2. Kasa Chorych po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych określa warunki dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych, zapewnienia jakości i dostępności świadczeń, rozliczania kosztów świadczeń i mechanizmów ograniczania wzrostu tych kosztów, a także zasady kontroli realizacji umów.

3. Kasa Chorych przy zawieraniu umów jest obowiązana do przestrzegania:

- 1) zasady zrównoważenia wydatków z przychodami Kasy Chorych,
- 2) zasady, że suma kwot zobowiązań Kasy Chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym Kasy Chorych.

4. Umowy między Kasą Chorych a świadczeniodawcami powinny określać w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń,
- 2) warunki i zasady udzielania świadczeń,

- 3) zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami,
- 4) maksymalną kwotę zobowiązania Kasy Chorych wobec świadczeniodawcy,
- 5) zasady kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń oraz realizacji umów,
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych, zażaleń, przeprowadzania i udokumentowania postępowania kontrolnego oraz wydawania wniosków pokontrolnych,
- 7) zasady prowadzenia dokumentacji przez świadczeniodawców na potrzeby realizacji ubezpieczenia zdrowotnego i jej udostępniania Kasie Chorych.”;

46) w art. 54 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zawieranie przez Kasy Chorych umów o udzielanie świadczeń odbywa się po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert.”;

47) po art. 54 dodaje się art. 54a w brzmieniu:

„Art. 54a. Przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz usług transportu sanitarnego nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.”;

48) skreśla się art. 55;

49) po art. 55 dodaje się art. 55a w brzmieniu:

„Art. 55a. 1. Organy samorządu terytorialnego, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych w porozumieniu z Kasą Chorych, na których obszarze działa, są obowiązane do opracowania i aktualizacji planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na obszarze ich działania; w oparciu o ten plan Kasa Chorych zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Organy samorządu terytorialnego zamieszczają plan w dzienniku urzędowym województwa, na obszarze którego działa Kasa Chorych.

2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze rozporządzenia, zasady i warunki, jakim powinien odpowiadać plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, uwzględniając zapewnienie ubezpieczonym całodobowego dostępu do świadczeń lekarskich i pielęgniarskich oraz niezbędną dla tego celu liczbę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub rodzinnych, lekarzy specjalistów, pielęgniarek i położnych i innych świadczeniodawców.”;

50) art. 56 otrzymuje brzmienie:

„Art. 56. 1. Kasa Chorych nie może zawierać umowy o udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z lekarzem, je-

żeli udziela on świadczeń w zakładzie opieki zdrowotnej, który zawarł umowę z Kasą Chorych.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do innego świadczeniodawcy wykonującego zawód medyczny lub psychologa.”;

51) art. 57 otrzymuje brzmienie:

„Art. 57. Kasy Chorych zawierają umowy ze szpitalami będącymi samodzielными publicznymi lub niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia ubezpieczonym leczenia szpitalnego.”;

52) art. 58 otrzymuje brzmienie:

„Art. 58. 1. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej są udzielane ubezpieczonym na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń:

- 1) ginekologa i położnika,
- 2) stomatologa,
- 3) dermatologa i wenerologa,
- 4) onkologa,
- 5) psychiatry,
- 6) leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych oraz od tytoniu,
- 7) dla osób zakażonych wirusem HIV,
- 8) dla osób chorych na gruźlicę,
- 9) dla kombatantów w zakresie chorób wojennych i obozowych.

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

3. Świadczenia zdrowotne szpitali są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w razie wypadków, zatruciu, 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 zabiegów ambulatoryjnych, a także świadczenia innych niż lekarze świadczeniodawców są udzielane ubezpieczonemu na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

5. Świadczenie zdrowotne udzielone ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli to skierowanie jest wymagane, opłaca ubezpieczony.”;

53) art. 59 otrzymuje brzmienie:

„Art. 59. 1. Leki i materiały medyczne są wydawane ubezpieczonym 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 Chorych 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.”;

54) po art. 59 dodaje się art. 59a w brzmieniu:

„Art. 59a. 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 Chorych na zasadach, o których mowa w ust. 3—5.

3. Kasa Chorych w porozumieniu z Okręgową Izbą Aptekarską ustala:

1) terminy przedstawiania przez apteki Kasie Chorych zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji,

2) terminy zwrotu aptekom należności z tytułu refundacji, po przedłożeniu zestawienia recept, o którym mowa w pkt 1,

3) tryb udostępniania Kasie Chorych do kontroli recept zrealizowanych przez ubezpieczonych i związanych z tym informacji,

4) wysokość odsetek należnych aptekom w razie nieterminowej refundacji ceny, o której mowa w ust. 1.

4. Uzgodnienia te obowiązują Kasę Chorych oraz wszystkie apteki na terenie działania danej Kasy Chorych oraz danej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

5. W przypadku niezgodnienia terminów, o których mowa w ust. 3 pkt 1 i 2, terminy te nie mogą przekroczyć 15 dni.

6. Kasa Chorych dokonuje zwrotu należności z tytułu refundacji w terminie, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 lub ust. 5.

7. W przypadku przekroczenia przez Kasę Chorych terminu, o którym mowa w ust. 5, aptece przysługują odsetki.

8. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii Rady Krajowego Związku Kas Chorych i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, wzór zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji.”;

55) art. 60 otrzymuje brzmienie:

„Art. 60. 1. Ubezpieczony ma prawo do:

1) wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego współpracujących z Kasą Chorych, do której należy ubezpieczony, z zastrzeżeniem ust. 2,

2) wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego współpracujących z Kasą Chorych, do której należy ubezpieczony, z zastrzeżeniem art. 58 ust. 1 i 5,

3) wyboru szpitala na zasadach określonych w art. 31c oraz 58 ust. 3,

4) wyboru pielęgniarki, położnej i innych świadczeniodawców związanych umową z Kasą Chorych, z zastrzeżeniem art. 58 ust. 5,

5) wyboru Kasy Chorych,

6) pokrycia przez Kasę Chorych, której ubezpieczony jest członkiem, wydatków poniesionych w związku z uzyskaniem świadczeń w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu i zatrucia lub potrzeby natychmiastowego leczenia szpitalnego, udzielanych przez świadczeniodawców nie związanych umową z żadną Kasą Chorych — do wysokości przeciętnych kosztów takich świadczeń w danej Kasie Chorych, o ile wykaże, że nie miał możliwości uzyskania świadczenia u świadczeniodawcy związanego umową z Kasą.

2. Jeżeli ubezpieczony zmienia wybrane przez siebie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego bez zgody Kasy Chorych przed upływem sześciu miesięcy od dokonania wyboru, wnosi ryczałtową opłatę rejestracyjną do Kasy Chorych w wysokości 2,5% przeciętnego wynagrodzenia.”;

56) art. 61 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) sposobu korzystania ze świadczeń przez ubezpieczonych, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania,
 - 2) stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami,
 - 3) sposobu korzystania ze świadczeń specjalistycznych i stosowanych technologii medycznych,
 - 4) zasadności wyboru leków i materiałów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji,
 - 5) zasad wystawiania recept.
2. Kontrole dokumentacji medycznej i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych mogą być przeprowadzane tylko przez upoważnionych przez Kasę Chorych lekarzy, pielęgniarki, położne lub przedstawicieli innych zawodów medycznych, o ile zakres kontroli ich dotyczy.
3. Podmiot kontrolowany zobowiązany jest do przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i pomocy podczas kontroli.
4. Podmiot kontrolowany powinien uwzględniać wyniki kontroli i stosować się do zaleceń pokontrolnych.”;

57) art. 62 otrzymuje brzmienie:

„Art. 62. 1. W razie pobytu ubezpieczonego poza obszarem działania właściwej Kasy Chorych i nagłego zachorowania lub pogorszenia się stanu zdrowia, świadczeń udziela zakład opieki zdrowotnej lub lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, z którym Kasa Chorych, właściwa ze względu na miejsce pobytu ubezpieczonego, zawarła umowę o udzielanie świadczeń.

2. Koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1, są rozliczane bezpośrednio pomiędzy właściwymi kasami.”;

58) skreśla się art. 63 i 64;

59) w tytule rozdziału 6 wyrazy „kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego” zastępuje się wyrazami „Kas Chorych”;

60) art. 65 otrzymuje brzmienie:

„Art. 65. 1. Zadania z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego realizują:

- 1) regionalne Kasy Chorych,
- 2) branżowe Kasy Chorych,
- 3) Krajowy Związek Kas Chorych.

2. Kasy Chorych są z mocy ustawy członkami Krajowego Związku Kas Chorych.

3. Kasa Chorych może tworzyć biura terenowe, zwane dalej „oddziałami Kasy.”;

61) art. 66 otrzymuje brzmienie:

„Art. 66. 1. Kasa Chorych jest instytucją samorządną, reprezentującą ubezpieczonych.

2. Kasy Chorych mają osobowość prawną.”;

62) w art. 67 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Kasy Chorych uzyskują osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Miasta Stołecznego Warszawy w Warszawie.

2. W postępowaniu przed Sądem Rejonowym stosuje się przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu nieprocesowym.”;

63) skreśla się art. 68 i 69;

64) po art. 69 dodaje się art. 69a—69c w brzmieniu:

„Art. 69a. 1. Regionalna Kasa Chorych jest podstawową jednostką organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Regionalna Kasa Chorych obejmuje zasięgiem swojego działania obszar zamieszkały przez co najmniej 1 000 000 ludności. Obszar działania Kasy Chorych powinien uwzględniać granice administracyjne jednego lub kilku województw.

3. Regionalna Kasa Chorych zobowiązana jest przyjąć w skład członków każdą osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, zamieszkałą na obszarze działania Kasy Chorych.

4. Regionalna Kasa Chorych zobowiązana jest przyjąć w skład członków każdą osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia, zamieszkałą poza obszarem działania Kasy Chorych — na wniosek tej osoby.

Art. 69b. Osoba objęta obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego jest członkiem regionalnej Kasy Chorych właściwej dla miejsca zamieszkania lub na swój wniosek innej Kasy Chorych albo instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 4a.

Art. 69c. 1. Branżowe Kasy Chorych tworzy i znosi Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Rady Krajowego Związku Kas, na wniosek poparty przez pisemne deklaracje co najmniej 500 000 osób.

2. W rozporządzeniu, o którym mowa w ust. 1, Rada Ministrów określa w szczególności:

- 1) nazwę i siedzibę branżowej Kasy Chorych,
- 2) ustrój Kasy Chorych i kompetencje jej organów,

- 3) tryb powoływania i odwoływania na stanowiska w organach Kasy Chorych,
 - 4) kryteria przyjmowania członków Kasy Chorych zgodne z zasadą wolnego wyboru Kasy Chorych.
3. W przypadku zniesienia branżowej Kasy Chorych, jej członkowie stają się członkami regionalnej Kasy Chorych.
 4. Rozporządzenie o zniesieniu branżowej Kasy Chorych określa sposób przeprowadzenia likwidacji Kasy i przeznaczenie jej mienia.”;

65) skreśla się art. 70;

66) w rozdziale 6 skreśla się tytuł „Oddział 1. Regionalne kasy”;

67) skreśla się art. 71;

68) art. 72 otrzymuje brzmienie:

„Art. 72. Do zakresu działania Kasy Chorych należy wykonywanie wszelkich czynności z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, a w szczególności:

- 1) prowadzenie ewidencji osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym,
- 2) stwierdzanie i potwierdzanie prawa osoby ubezpieczonej do świadczeń,
- 3) analizowanie wykonania obowiązku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- 4) zarządzanie funduszami Kasy,
- 5) ustalanie planu finansowego,
- 6) zawieranie i finansowanie umów o udzielanie świadczeń na rzecz ubezpieczonych oraz kontrola realizacji tych umów,
- 7) tworzenie oddziałów Kasy Chorych i kierowanie ich działalnością.”;

69) art. 73 otrzymuje brzmienie:

„Art. 73. 1. Statut Kasy Chorych określa w szczególności:

- 1) nazwę i siedzibę Kasy Chorych,
- 2) obszar działania Kasy Chorych,
- 3) zasady tworzenia i funkcjonowania oddziałów Kasy Chorych,
- 4) liczbę członków organów Kasy Chorych i zakres czynności tych organów,
- 5) zasady funkcjonowania biura Kasy Chorych,
- 6) zasady sporządzania i zatwierdzania planu finansowego i rocznego sprawozdania finansowego,
- 7) skład i zasady działania prezydium rady Kasy Chorych oraz komisji skarg i wniosków,
- 8) zasady kontroli wewnętrznej Kasy Chorych,
- 9) warunki członkostwa osób ubezpieczających się dobrowolnie,

10) zasady ustalania wynagrodzeń oraz diet i zwrotu kosztów dla członków organów Kasy Chorych oraz komisji skarg i wniosków,

11) inne zadania wynikające z ustawy.

2. Statut Kasy Chorych i jego każdorazowa zmiana wymaga zatwierdzenia przez Urząd Nadzoru.

3. Statut Kasy Chorych podlega ogłoszeniu w wojewódzkich dziennikach urzędowych województw, na których obszarze działa ta Kasa, oraz zostaje podany do publicznej wiadomości.

4. Uchwała o utworzeniu oddziału Kasy Chorych podlega ogłoszeniu w wojewódzkim dzienniku urzędowym województwa, na którego obszarze utworzono ten oddział, oraz podana zostaje do publicznej wiadomości.”;

70) art. 74 otrzymuje brzmienie:

„Art. 74. Organami Kasy Chorych są:

- 1) rada Kasy Chorych,
- 2) zarząd Kasy Chorych.”;

71) art. 75 otrzymuje brzmienie:

„Art. 75. 1. Rada regionalnej Kasy Chorych powoływana jest przez sejmik województwa, spośród osób ubezpieczonych w danej Kasie, z obszaru działania regionalnej Kasy Chorych, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Rada Kasy Chorych nie może liczyć więcej niż 21 członków.

3. W przypadku gdy Kasa Chorych obejmuje zasięgiem swojego działania obszar więcej niż jednego województwa, sejmiki wojewódzkie powołują do rady Kasy Chorych członków w liczbie proporcjonalnej do liczby osób ubezpieczonych mieszkających na terenie danego województwa.

4. Członkowie rady Kasy Chorych nie mogą być jednocześnie członkami zarządu, pracownikami Kas Chorych, świadczeniodawcami współpracującymi z Kasami Chorych, właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z Kasami Chorych na udzielanie świadczeń, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych, na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62 oraz z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 88, poz. 554, Nr 107, poz. 685, Nr 121, poz. 769 i 770 i Nr 139, poz. 934).”;

72) po art. 75 dodaje się art. 75a i 75b w brzmieniu:

„Art. 75a. 1. Kadencja rady Kasy Chorych trwa 4 lata i upływa w dniu pierwszego posiedzenia nowo powołanej rady. Członek

rady Kasy Chorych może być odwołany przed upływem kadencji. Pierwsze posiedzenie rady zwołuje marszałek sejmiku województwa właściwego dla miejsca będącego siedzibą Kasy Chorych. Marszałek przewodniczy jej do czasu wyboru przewodniczącego rady Kasy Chorych.

2. Rada Kasy Chorych zbiera się na pierwszym posiedzeniu nie później niż w ciągu 14 dni od dnia powołania.

Art. 75b. 1. Rada Kasy Chorych wybiera spośród swojego składu przewodniczącego, wiceprzewodniczących i sekretarza rady oraz przewodniczącego i członków komisji skarg i wniosków.

2. Komisja skarg i wniosków rozpatruje skargi i wnioski ubezpieczonych i udziela im odpowiedzi, współpracując w tym zakresie z dyrektorem Kasy Chorych i zastępcą dyrektora do spraw medycznych, oraz składa kwartalne sprawozdania radzie Kasy.”;

73) art. 76 otrzymuje brzmienie:

„Art. 76. Do zakresu działania rady Kasy Chorych należy w szczególności:

- 1) uchwalanie statutu Kasy Chorych,
- 2) podejmowanie decyzji o utworzeniu oddziałów Kasy Chorych i ustalanie obszaru ich działania,
- 3) powoływanie i odwoływanie dyrektora Kasy Chorych oraz na jego wniosek dwóch zastępców dyrektora, w tym zastępcy dyrektora do spraw medycznych,
- 4) powoływanie i odwoływanie członków komisji skarg i wniosków,
- 5) uchwalanie planu finansowego oraz przyjmowanie i zatwierdzanie rocznych oraz kwartalnych sprawozdań finansowych,
- 6) uchwalanie planu pracy oraz rozpatrywanie i przyjmowanie kwartalnych oraz rocznych sprawozdań z jego wykonania,
- 7) rozpatrywanie okresowych sprawozdań z działalności zarządu Kasy Chorych oraz komisji skarg i wniosków,
- 8) uchwalenie regulaminu rady i zarządu Kasy Chorych,
- 9) podejmowanie uchwał dotyczących majątku Kasy Chorych, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla zarządu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości,
- 10) wybór przedstawicieli do Krajowego Związku Kas Chorych,
- 11) inne zadania zastrzeżone w ustawie i statucie Kasy Chorych do właściwości rady.”;

74) skreśla się art. 77;

75) art. 78 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 78. 1. Rada Kasy Chorych odbywa posiedzenia nie rzadziej niż raz na dwa miesiące.
2. Posiedzenia zwołuje i przewodniczy im przewodniczący rady Kasy Chorych lub działający z jego upoważnienia wiceprzewodniczący.
 3. Nadzwyczajne posiedzenie rady Kasy Chorych jest zwoływane na wniosek zarządu Kasy, Prezesa Urzędu Nadzoru, Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej albo co najmniej 1/3 członków rady Kasy, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia doręczenia żądania przewodniczącemu rady Kasy lub pełniącemu jego obowiązki wiceprzewodniczącemu.”;

76) art. 79 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 79. 1. Rada Kasy Chorych, z zastrzeżeniem ust. 2, podejmuje uchwały w obecności co najmniej połowy liczby członków.
2. Na posiedzeniach nadzwyczajnych rada Kasy Chorych podejmuje uchwały w obecności co najmniej 2/3 liczby członków.
 3. Uchwały rady Kasy Chorych zapadają bezwzględna 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.
 5. Protokoły z posiedzeń rady Kasy Chorych są dostępne do wglądu dla ubezpieczonych w Kasie Chorych.”;

77) skreśla się art. 80;

78) w art. 81 ust. 1—3 otrzymują brzmienie:

- „1. Członkowie rady Kasy Chorych za udział w posiedzeniu otrzymują diety oraz zwrot kosztów przejazdów, a zamiejscowi — również zwrot kosztów noclegów.
2. Przepis ust. 1 stosuje się do członków komisji skarg i wniosków.
 3. Wysokość diet, o których mowa w ust. 1 i 2, uchwała rada Kasy Chorych, przy czym nie może ona przekraczać 2/3 przeciętnego wynagrodzenia.”;

79) art. 82 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 82. 1. Zarząd Kasy Chorych tworzą dyrektor oraz 2—5 członków, w tym 2 zastępców dyrektora.
2. Zarząd Kasy Chorych reprezentuje Kasę na zewnątrz, kieruje działalnością Kasy i decyduje we wszystkich sprawach nie zastrzeżonych do kompetencji rady Kasy.
 3. Statut Kasy Chorych określa zakres obowiązków dyrektora Kasy Chorych i jego zastępców.

4. Zarząd Kasy Chorych podejmuje decyzje zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy ogólnej liczby członków, w tym dyrektora lub jego zastępcy.
5. Oświadczenia woli w imieniu zarządu Kasy Chorych składa dyrektor zarządu lub z jego upoważnienia jeden z jego zastępców.
6. Do zadań zarządu Kasy Chorych należy w szczególności:
 - 1) wykonywanie uchwał rady Kasy Chorych,
 - 2) opracowywanie projektu planu pracy Kasy Chorych,
 - 3) opracowywanie projektu planu finansowego Kasy Chorych,
 - 4) wykonywanie planu finansowego i planu pracy Kasy Chorych,
 - 5) zarządzanie funduszami i mieniem Kasy Chorych,
 - 6) lokowanie funduszu rezerwowego Kasy Chorych,
 - 7) opracowywanie kwartalnych i rocznych sprawozdań z działalności Kasy Chorych oraz kwartalnych i rocznych sprawozdań finansowych,
 - 8) negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie i rozliczanie oraz kontrola ich wykonywania,
 - 9) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie i statucie Kasy Chorych,
 - 10) zapewnienie obsługi organizacyjno-technicznej organów Kasy Chorych,
 - 11) przedstawianie radzie Kasy Chorych projektów utworzenia oddziałów Kasy, ich lokalizacji, obszaru i zakresu działania,
 - 12) kierowanie działalnością oddziałów Kasy Chorych,
 - 13) przekazywanie do Urzędu Nadzoru statutu i innych uchwał rady Kasy Chorych, planu finansowego oraz kwartalnych i rocznego sprawozdania finansowego, sprawozdań kwartalnych i rocznego z działalności Kasy Chorych nie później niż w ciągu 7 dni od dnia ich przyjęcia przez radę Kasy, a także informacji, o których mowa w art. 130 ust. 4,
 - 14) podawanie do publicznej wiadomości statutu Kasy Chorych, rocznego planu finansowego oraz rocznego sprawozdania finansowego,
 - 15) przygotowanie i przedstawianie radzie Kasy Chorych corocznych prognoz przychodów i kosztów,
 - 16) przygotowywanie i przedstawianie radzie Kasy Chorych projektu planu

zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 55a.

7. Dyrektor wykonuje, jako pracodawca, czynności w sprawach z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników biura Kasy Chorych.”;

80) art. 83 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 83. 1. Zastępcą dyrektora Kasy Chorych do spraw medycznych jest lekarz.
2. Do zakresu działania zastępcy dyrektora Kasy Chorych do spraw medycznych należy w szczególności:
 - 1) dokonywanie ocen zachorowalności i chorobowości wśród ubezpieczonych w Kasie Chorych oraz opracowywanie wniosków dotyczących działania Kasy w tym zakresie,
 - 2) monitorowanie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez Kasę Chorych oraz przeprowadzanie lub zlecanie przeprowadzenia kontroli w tym zakresie i przedstawianie wniosków zarządowi Kasy,
 - 3) współpraca z komisją skarg i wniosków w zakresie dotyczącym udzielania świadczeń.”;

81) po art. 83 dodaje się art. 83a w brzmieniu:

- „Art. 83a. Członkowie zarządu Kasy Chorych oraz pracownicy Kasy Chorych nie mogą jednocześnie być członkami rady Kasy Chorych, świadczeniodawcami, właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z Kasą Chorych, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej.”;

82) skreśla się art. 84—88;

83) w rozdziale 6 skreśla się oddział 2 i 3 oraz tytuł „Oddział 4 Krajowy Związek Kas”;

84) art. 107 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 107.1. Krajowy Związek Kas Chorych zrzesza Kasy Chorych.
2. Siedzibą Krajowego Związku Kas Chorych jest Warszawa.
 3. Krajowy Związek Kas Chorych prowadzi działalność na podstawie ustawy i statutu Krajowego Związku Kas Chorych.
 4. Krajowy Związek Kas Chorych uzyskuje osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru. Przepisy art. 67 stosuje się odpowiednio.”;

85) art. 108 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 108. Krajowy Związek Kas Chorych, reprezentując wspólne interesy Kas Chorych,

wspiera Kasy Chorych w wypełnianiu ich zadań, a w szczególności:

- 1) określa po zasięgnięciu opinii krajowych przedstawicieli świadczeniodawców zasady wzajemnej współpracy, a w szczególności: zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, ich jakości i dostępności oraz analizy przyczyn wzrostu kosztów świadczeń, zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami oraz zasady kontroli realizacji umów,
- 2) reprezentuje Kasy Chorych wobec organów administracji rządowej oraz Sejmu i Senatu,
- 3) ustala zakres niezbędnych danych gromadzonych w systemach informatycznych Kas Chorych i przez świadczeniodawców, a także zakres i procedury wymiany danych pomiędzy Kasami Chorych oraz Kasami Chorych i świadczeniodawcami, Urzędem Nadzoru, Krajowym Związkiem Kas Chorych,
- 4) prowadzi działalność konsultacyjną, informacyjną oraz szkoleniową dla Kas Chorych,
- 5) zbiera i opracowuje materiały informacyjne dla potrzeb Kas Chorych,
- 6) sporządza coroczną prognozę przychodów i kosztów wszystkich Kas Chorych oraz Krajowego Związku Kas Chorych na kolejne 3 lata oraz prognozę długoterminową,
- 7) opracowuje wzorcową dokumentację na potrzeby wszystkich Kas Chorych,
- 8) przygotowuje informacje o działalności Kas Chorych dla Sejmu i Senatu oraz dla Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.”;

86) art. 109 otrzymuje brzmienie:

„Art. 109. Organami Krajowego Związku Kas Chorych są:

- 1) Rada Krajowego Związku Kas Chorych,
- 2) dyrektor Biura Krajowego Związku Kas Chorych.”;

87) art. 110 otrzymuje brzmienie:

„Art. 110. W skład Rady Krajowego Związku Kas Chorych wchodzi po jednym przedstawicielu regionalnej Kasy Chorych, gdy Kasa liczy do 2 000 000 członków, a w przypadku gdy liczy powyżej 2 000 000 członków — dwóch przedstawicieli.”;

88) w art. 111 dodaje się na końcu wyrazy „i kończy się w dniu pierwszego posiedzenia nowo wybranej Rady Krajowego Związku Kas Chorych.”;

89) art. 112 otrzymuje brzmienie:

„Art. 112. Rada Krajowego Związku Kas Chorych wybiera spośród swojego składu przewodniczącego i zastępców przewodniczącego oraz sekretarza.”;

90) art. 113 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) uchwalanie statutu,
- 2) powoływanie i odwoływanie dyrektora Biura Krajowego Związku Kas Chorych,
- 3) występowanie do organów administracji państwowej i instytucji państwowych, instytucji samorządu terytorialnego i samorządów zawodowych zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne oraz organizacji związkowych o podjęcie określonych inicjatyw lub działań w sprawach związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym,
- 4) uchwalanie programów działania i planu finansowego oraz przyjmowanie i zatwierdzanie rocznego sprawozdania finansowego i rocznego sprawozdania z wykonania programów działania,
- 5) wykonywanie zadań, o których mowa w art. 108 i w statucie.”;

91) po art. 113 dodaje się art. 113a w brzmieniu:

„Art. 113a. 1. Statut Krajowego Związku Kas Chorych określa szczegółowo zasady funkcjonowania, organizację i finansowanie działalności organów Krajowego Związku Kas Chorych oraz Biura Krajowego Związku Kas Chorych.

2. Statut Krajowego Związku Kas Chorych zatwierdza Urząd Nadzoru.”;

92) art. 114 otrzymuje brzmienie:

„Art. 114. 1. Posiedzenia Rady Krajowego Związku Kas Chorych zwołuje przewodniczący Rady lub pełniący jego obowiązki zastępca przewodniczącego.

2. Posiedzenie Rady jest także zwoływane na wniosek Prezesa Urzędu Nadzoru, Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz 1/3 liczby członków Rady Krajowego Związku Kas Chorych, w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia wniosku przewodniczącemu rady lub pełniącemu jego obowiązki zastępcy przewodniczącego.”;

93) w art. 115 w ust. 2 skreśla się na końcu kropkę i dodaje się wyrazy „lub gdy głosowanie dotyczy wyborów przewodniczącego i zastępców przewodniczącego oraz sekretarza.”;

94) skreśla się art. 116;

95) w art. 117 w ust. 2 wyrazy „150%” zastępuje się wyrazami „300%”;

96) art. 118 otrzymuje brzmienie:

„Art. 118. Do zakresu działania dyrektora Biura Krajowego Związku Kas Chorych należy w szczególności:

- 1) bieżące zarządzanie funduszami i mieniem Krajowego Związku Kas Chorych,
- 2) organizacja Biura Krajowego Związku Kas Chorych,
- 3) przekazywanie do Urzędu Nadzoru statutu i innych uchwał Rady Krajowego Związku Kas Chorych, w tym planu finansowego i sprawozdania finansowego, oraz sprawozdania z działalności Krajowego Związku Kas Chorych nie później niż w ciągu 7 dni od dnia ich przyjęcia przez Radę,
- 4) wykonywanie uchwał Rady Krajowego Związku Kas Chorych,
- 5) przygotowywanie programów działania i planu finansowego oraz sprawozdania finansowego i sprawozdania z działalności oraz innych dokumentów przedkładanych na posiedzenia Rady,
- 6) zapewnienie obsługi technicznej i organizacyjno-finansowej Rady Krajowego Związku Kas Chorych.”;

97) skreśla się art. 119;

98) art. 120 otrzymuje brzmienie:

„Art. 120. Dyrektor Biura Krajowego Związku Kas Chorych wykonuje, jako pracodawca, czynności z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników Biura.”;

99) skreśla się art. 121—123;

100) tytuł rozdziału 7 otrzymuje brzmienie:

„Gospodarka finansowa Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych”;

101) art. 124 otrzymuje brzmienie:

„Art. 124. Krajowy Związek Kas Chorych oraz Kasy Chorych prowadzą gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.”;

102) skreśla się art. 125 i 126;

103) art. 127 otrzymuje brzmienie:

„Art. 127. Przychodami Kasy Chorych są:

- 1) składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- 2) dochody z lokat i papierów wartościowych emitowanych i gwarantowanych przez Skarb Państwa,
- 3) odsetki od nie opłaconych w terminie składek,
- 4) darowizny i zapisy,
- 5) kwoty wyrównania finansowego, o którym mowa w art. 135,
- 6) środki na zadania, o których mowa w art. 31b ust. 2 pkt 1 i 3,
- 7) inne przychody.”;

104) art. 128 otrzymuje brzmienie:

„Art. 128. 1. Kosztami Kasy Chorych są:

- 1) koszty świadczeń dla ubezpieczonych,
- 2) koszty działalności Kasy Chorych i jej oddziałów, w szczególności utrzymania nieruchomości, wynagrodzenia, narzuty na wynagrodzenia, diety i zwroty kosztów podróży,
- 3) odpisy na fundusz rezerwowy Kasy Chorych,
- 4) odpisy na rzecz Krajowego Związku Kas Chorych,
- 5) odszkodowania,
- 6) zwroty kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych przez inne Kasy Chorych lub instytucje w przypadkach określonych ustawą,
- 7) wyrównanie finansowe, o którym mowa w art. 135,
- 8) koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 31b ust. 2 pkt 1 i 3.

2. Przychody Kasy Chorych są przeznaczone na finansowanie kosztów, o których mowa w ust. 1, oraz inwestycji służących potrzebom Kasy Chorych.”;

105) art. 129 otrzymuje brzmienie:

„Art. 129. 1. Wysokość środków na koszty administracyjne Kasy Chorych i jej oddziałów określa corocznie rada Kasy w planie finansowym Kasy.

2. Wysokość odpisu ze środków Kasy Chorych na rzecz Krajowego Związku Kas Chorych ustala corocznie Rada Krajowego Związku Kas Chorych, w oparciu o przyjęte zadania. Odpis ten w okresie roku kalendarzowego nie może przekroczyć kwoty 0,05% rocznych planowanych przychodów Kasy Chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.”;

106) art. 130 otrzymuje brzmienie:

„Art. 130. 1. Kasa Chorych tworzy fundusz rezerwowy.

2. Fundusz rezerwowy Kasy Chorych przeznaczony jest wyłącznie na sfinansowanie różnicy spowodowanej przewagą kosztów działalności bieżącej nad przychodami Kasy Chorych.

3. Każdorazowe uruchomienie funduszu rezerwowego wymaga uchwały rady Kasy Chorych.

4. Kasa Chorych zawiadamia Urząd Nadzoru o uruchomieniu funduszu rezerwowego w terminie 7 dni od jego uruchomienia.”;

107) art. 131 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 131. 1. Wysokość odpisu na fundusz rezerwowy wynosi 1% miesięcznych przychodów Kasy Chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.
2. Środki funduszu rezerwowego są lokowane:
- 1) w papierach wartościowych emitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa,
 - 2) na rachunkach bankowych w bankach mających siedziby na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i których kapitał własny wynosi co najmniej 100 000 000 zł, z tym że w jednym banku nie może być lokowane więcej niż 15% środków funduszu rezerwowego.
3. Dochody z lokat, o których mowa w ust. 2, zasilają fundusz rezerwowy do wysokości określonej w ust. 4.
4. Fundusz rezerwowy tworzony jest do wysokości 4% kwoty planowanych rocznych przychodów Kasy Chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.”;

108) po art. 131 dodaje się art. 131a—131d w brzmieniu:

„Art. 131a. Kasa Chorych jest obowiązana lokować swoje środki wyłącznie w papierach wartościowych, o których mowa w art. 131 ust. 2 pkt 1, lub na rachunkach bankowych, z zastrzeżeniem art. 131 ust. 2 pkt 2, w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa i rentowności przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków.

- Art. 131b. 1. Kasa Chorych sporządza na każdy rok plan finansowy zrównoważony w zakresie wpływów i wydatków.
2. W planie finansowym uwzględnia się kwotę wyrównania finansowego, o którym mowa w art. 135.
3. Dyrektor Kasy Chorych przedstawia projekt planu finansowego na rok następny radzie Kasy Chorych i Urzędowi Nadzoru do dnia 30 września.
4. Rada Kasy Chorych uchwała nie później niż do dnia 30 października plan finansowy na rok następny i przekazuje go do Urzędu Nadzoru.
5. Urząd Nadzoru zatwierdza plan finansowy do dnia 30 listopada.
6. Kasa Chorych podaje zatwierdzony plan finansowy do publicznej wiadomości.
7. W przypadku wystąpienia niedoboru finansowego w regionalnej Kasie Chorych sejmik województwa, na obszarze którego działa ta Kasa, może udzielić jej pożyczki.

Art. 131c. Jeżeli na podstawie przepisów art. 151b oraz 151f powołany zostanie zarząd komisaryczny Kasy Chorych, może on za zgodą Urzędu Nadzoru dokonać zmian organizacyjnych w Kasie Chorych.

Art. 131d. 1. Nadwyżkę przychodów nad kosztami Kasy Chorych w danym roku przeznacza się na:

- 1) spłatę pożyczki, o której mowa w art. 131b ust. 7,
- 2) zwiększenie zakresu świadczeń zdrowotnych.

2. O przeznaczeniu nadwyżki decyduje rada Kasy Chorych w drodze uchwały.”;

109) skreśla się art. 132;

110) art. 133 otrzymuje brzmienie:

„Art. 133. 1. Przychodami Krajowego Związku Kas Chorych są comiesięczne odpisy Kas Chorych na rzecz Krajowego Związku Kas, określone w art. 129 ust. 2. Przychodami mogą być też darowizny i zapisy.

2. Przychody Krajowego Związku Kas Chorych przeznaczone są na sfinansowanie:

- 1) kosztów administracyjnych działalności organów i Biura Krajowego Związku Kas Chorych, w tym amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, wynagrodzeń i narzutów na wynagrodzenia, diet i zwrotów kosztów podróży,
- 2) kosztów realizacji zadań określonych w art. 108,
- 3) inwestycji koniecznych dla realizacji zadań Krajowego Związku Kas Chorych.

3. Wydatki Krajowego Związku Kas Chorych powinny być pokrywane przez wpływy.

4. Nadwyżka wpływów nad wydatkami w danym roku kalendarzowym pozostaje w Krajowym Związku Kas Chorych i przechodzi na rok następny.

5. Krajowy Związek Kas Chorych sporządza na następny rok kalendarzowy plan finansowy i przekazuje ten plan do zatwierdzenia Urzędowi Nadzoru nie później niż do dnia 30 listopada.”;

111) skreśla się art. 134;

112) art. 135 otrzymuje brzmienie:

„Art. 135. 1. Kasy Chorych uczestniczą w wyrównaniu finansowym dokonywanym między Kasami Chorych ze względu na zróżnicowanie przychodów i kosztów, zwanym dalej „wyrównaniem”.

2. Za czynniki różnicujące przyjmuje się:
 - 1) kwotę planowanych przychodów rocznych Kasy Chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przypadającą średnio na 1 osobę uprawnioną do świadczeń w danej Kasie Chorych w roku poprzednim,
 - 2) liczbę osób ubezpieczonych powyżej 60 roku życia według stanu na dzień 30 czerwca roku poprzedniego.
3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, algorytm wyrównania uwzględniający czynniki różnicujące oraz wysokość procentową przewidywanych przychodów Kasy Chorych, które nie będą uwzględnione w wyrównaniu. Urząd Nadzoru oblicza na podstawie tego algorytmu wysokość kwot wyrównania dla poszczególnych Kas Chorych w następnym roku kalendarzowym.
4. Urząd Nadzoru do dnia 10 września zawiadamia Kasy Chorych o kwotach ich udziału w wyrównaniu w następnym roku.
5. Kwoty wyrównania zostają uwzględnione w planach finansowych Kas Chorych na rok następny.
6. Kasy Chorych, obowiązane do wypłaty ze swego funduszu kwoty wyrównania finansowego, przekazują co miesiąc 1/12 część rocznej kwoty wyrównania dla Kas Chorych, które otrzymują to wyrównanie. Tryb i terminy przekazywania kwot wyrównania między Kasami Chorych określa Urząd Nadzoru.
7. Kasa Chorych w przypadku zaległości w przekazywaniu kwot wyrównania finansowego obowiązana jest do zapłacenia odsetek za zwłokę na podstawie przepisów ustawy — Ordynacja podatkowa.
8. Należności z tytułu wyrównania podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.”;

113) po art. 135 dodaje się art. 135a w brzmieniu:

- „Art. 135a. 1. Kasa Chorych sporządza coroczną prognozę przychodów i kosztów na kolejne 3 lata.
2. Organy administracji rządowej oraz jednostek samorządu terytorialnego, organizacje świadczeniodawców lub pracodawców oraz inne instytucje udzielają Kasie Chorych wszelkich informacji koniecznych do sporządzenia prognoz, o których mowa w ust. 1. Kasa Chorych przesyła prognozy do Krajowego Związku Kas Chorych i Urzędu Nadzoru.”;

114) skreśla się art. 136—140;

115) art. 141 otrzymuje brzmienie:

„Art. 141. Kasy Chorych oraz Krajowy Związek Kas Chorych przeprowadzają coroczne badanie sprawozdań finansowych przez biegłych rewidentów i prowadzą rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591, z 1997 r. Nr 32, poz. 183, Nr 43, poz. 272, Nr 88, poz. 554, Nr 139, poz. 933 i 934, Nr 140, poz. 939 i Nr 141, poz. 945 oraz z 1998 r. Nr 60, poz. 382, Nr 106, poz. 668 i Nr 107, poz. 669).”;

116) po art. 141 dodaje się rozdział 7a w brzmieniu:

„Rozdział 7a

Przetwarzanie i ochrona danych

- Art. 141a. 1. Kasy Chorych są uprawnione do użytkowania i przetwarzania danych osobowych osób ubezpieczonych w celu:
- 1) stwierdzenia obowiązku ubezpieczenia i członkostwa,
 - 2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń Kas Chorych,
 - 3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki,
 - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń,
 - 5) rozliczenia ze świadczeniodawcami,
 - 6) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Kasy Chorych,
 - 7) kontroli przestrzegania zasad gospodarności,
 - 8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne ubezpieczonych w danej populacji.
2. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, Kasy Chorych mają prawo przetwarzania następujących danych osobowych:
- 1) imię i nazwisko,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) data urodzenia,
 - 4) płeć,
 - 5) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę,
 - 6) adres zamieszkania,
 - 7) stopień niepełnosprawności, jeżeli dziecko ukończyło 26 lat,
 - 8) udzielone ubezpieczonemu świadczenia zdrowotne, których charakterystyka zawiera między innymi:
 - a) rodzaj udzielonego świadczenia,
 - b) świadczeniodawcę wykonującego usługę,

c) świadczeniodawcę zlecającego usługę,

d) rozpoznanie według międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i zatrucí związane z wykonaną usługą.

Art. 141b. 1. Apteki są zobowiązane udostępniać na żądanie Kasom Chorych do wglądu recepty i przekazywać niezbędne dane rozliczeniowe, których rodzaj określa Rada Krajowego Związku Kas Chorych w porozumieniu z Naczelną Radą Aptekarską.

2. Szpitale oraz pozostali świadczeniodawcy działający w ramach umów z Kasami Chorych zobowiązani są do gromadzenia i przekazywania Kasom Chorych danych, które określa Rada Krajowego Związku Kas Chorych.

Art. 141c. Jeżeli ubezpieczony przenosi się do innej Kasy Chorych, dotychczas ubezpieczająca go Kasa Chorych zobowiązana jest przekazać Kasie Chorych aktualnie go ubezpieczającej wszelkie dane niezbędne do kontynuacji ubezpieczenia.

Art. 141d. Kasa Chorych na żądanie ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach oraz ich kosztach.”;

117) tytuł rozdziału 8 otrzymuje brzmienie:

„Uprawnienia kontrolne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego”;

118) art. 142 otrzymuje brzmienie:

„Art. 142. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przeprowadzają kontrolę wykonywania przez osoby oraz podmioty wymienione w art. 16 i 23—25 obowiązków w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego.

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

1) zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych tym ubezpieczeniem,

2) deklarowanych podstaw obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne, prawidłowości obliczania, opłacania i odprowadzania składki.

3. Kasa Chorych analizuje uzyskane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane, o których mowa w ust. 1 i 2, i występuje z wnioskami do tych instytucji.”;

119) skreśla się art. 143—145;

120) w art. 146 wyraz „kasie” zastępuje się wyrazami „Kasie Chorych”;

121) w art. 147 i 148 wyraz „kasy” zastępuje się wyrazami „Kasy Chorych”;

122) w art. 150 wyraz „kasę” zastępuje się wyrazami „Kasę Chorych”;

123) tytuł rozdziału 10 otrzymuje brzmienie:

„Nadzór nad realizacją powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”;

124) art. 151 otrzymuje brzmienie:

„Art. 151. 1. Tworzy się Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych jako centralny organ administracji rządowej.

2. Urzędem Nadzoru kieruje Prezes, którego powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów, na wniosek Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

3. Wiceprezesa Urzędu Nadzoru powołuje i odwołuje Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, na wniosek Prezesa Urzędu Nadzoru.

4. Zadaniem Urzędu Nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczonych.

5. Nadzór nad działalnością Urzędu Nadzoru sprawuje Prezes Rady Ministrów, stosując kryterium zgodności z prawem.

6. W zakresie funkcji nadzoru Urząd Nadzoru podlega jedynie ustawom.

7. Organizację Urzędu Nadzoru określa statut. Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje statut Urzędowi Nadzoru.”;

125) po art. 151 dodaje się art. 151a—151f w brzmieniu:

„Art. 151a. 1. Pracownicy Urzędu Nadzoru nie mogą być członkami organów lub pracownikami Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych, świadczeniodawcami mającymi umowę z Kasami Chorych ani pracownikami lub osobami współpracującymi z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z Kasami Chorych na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

2. Do pracowników Urzędu Nadzoru nie mają zastosowania przepisy o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej.

3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Finansów i Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej określi, w drodze rozporządzenia, wymagane kwalifikacje pracowników Urzędu Nadzoru oraz zasady ich wynagradzania, z uwzględnieniem poziomu płac w Państwowym Urzędzie Nadzoru Ubezpieczeń.

4. Urząd Nadzoru sprawuje nadzór stosując kryterium legalności nad działalnością:

1) Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych,

- 2) świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Kasami Chorych,
 - 3) instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 4a, w zakresie realizacji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
 5. Urząd Nadzoru sprawuje nadzór nad gospodarką finansową podmiotów, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 3, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.
 6. Urząd Nadzoru zatwierdza statuty oraz bada uchwały przyjmowane przez organa uchwałodawcze podmiotów, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 3, w zakresie zgodności z prawem i stwierdza nieważność uchwały w całości lub w części, jeżeli narusza ona prawo lub stwarza zagrożenie wystąpienia ujemnego wyniku finansowego.
 7. W przypadku uznania przez Urząd Nadzoru uchwały dotyczącej planu finansowego za nieważną w całości lub w części, jeśli nieprawidłowości uchwały nie zostaną w terminie wyznaczonym usunięte przez organ uchwałodawczy oraz w przypadku nieuchwalenia planu finansowego na rok następny do dnia 15 listopada roku poprzedzającego przez podmiot wymieniony w ust. 4 pkt 1 i 3, Urząd Nadzoru ustala plan finansowy w całości lub w części uznanej za nieważną.
 8. Urząd Nadzoru rozpatruje i zatwierdza kwartalne i roczne sprawozdania finansowe Kas Chorych.
 9. Urząd Nadzoru może żądać dodatkowego sprawozdania finansowego w uzasadnionych przypadkach, a w szczególności gdy Kasa Chorych naruszy fundusz rezerwowy.
- Art. 151b.1. Jeżeli Kasa Chorych w przypadku naruszenia funduszu rezerwowego nie przedstawi Urzędowi Nadzoru planu przywrócenia równowagi finansowej lub przedstawiony plan tej równowagi nie gwarantuje albo gdy realizacja planu okaże się nieskuteczna, Urząd Nadzoru może ustanowić zarząd komisaryczny Kasy Chorych.
2. Urząd Nadzoru może ustanowić zarząd komisaryczny Kasy Chorych w każdym przypadku rażącego naruszenia przepisów prawa i nieusunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie oraz niewywiązywania się z zadań ustawowych w zakresie zapewniania ubezpieczonym należnych świadczeń.

- Art. 151c.1. Urząd Nadzoru może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę działalności i stanu majątkowego Kasy Chorych i innych podmiotów wymienionych w art. 151a ust. 4 pkt 1 i 3.
2. Przy przeprowadzaniu kontroli Urząd Nadzoru może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Kasę Chorych.
 3. Podmioty wymienione w art. 151a ust. 4 pkt 1 i 3 zobowiązane są do przedkładania Urzędowi Nadzoru dokumentacji, udzielania mu pomocy oraz udzielania wszelkich informacji niezbędnych do wypełniania jego zadań.
 4. Urząd Nadzoru może wydawać zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności kontrolowanego podmiotu do przepisów prawa.
 5. W razie niewykonywania zaleceń, o których mowa w ust. 4, prowadzenia działalności z naruszeniem przepisów prawa, statutu, odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w ust. 3, Urząd Nadzoru może w przypadku:
 - 1) Kas Chorych:
 - a) nakładać na członka zarządu Kasy Chorych karę upomnienia, pieniężną do wysokości 3-krotnego wynagrodzenia brutto tej osoby wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące przed nałożeniem kary,
 - b) występować do właściwego organu Kasy Chorych z wnioskiem o odwołanie członka zarządu,
 - c) występować do właściwego organu Kasy Chorych z wnioskiem o zawieszenie w czynnościach członka zarządu do czasu rozpatrzenia wniosku o jego odwołanie,
 - d) ustanawiać zarząd komisaryczny,
 - 2) Krajowego Związku Kas Chorych:
 - a) nakładać kary pieniężne na dyrektora biura w wysokości określonej w pkt 1 lit. a),
 - b) nakładać kary pieniężne na członków prezydium Rady Krajowego Związku w wysokości do 3-krotnego przeciętnego wynagrodzenia,

- c) występować do Rady Krajowego Związku Kas Chorych o odwołanie prezydium Rady.
6. Kary pieniężne, o których mowa w ust. 5, podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
- Art. 151d. 1. Urząd Nadzoru jest uprawniony do przeprowadzania kontroli w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego, określonych przepisami ustawy.
2. Urząd Nadzoru określa kwoty, tryb i terminy wyrównania między Kasami Chorych zgodnie z przepisami art. 135 i zleca Kasom Chorych przeprowadzenie tego wyrównania oraz je nadzoruje.
3. Urząd Nadzoru wydaje oraz cofa zgodę instytucji ubezpieczenia zdrowotnego innej niż Kasa Chorych, uprawniającą ją do realizacji obowiązku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z przepisami art. 4a.
4. Urząd Nadzoru może prowadzić działalność szkoleniową i informacyjną dla podmiotów wymienionych w art. 151a ust. 4 pkt 1 i 3.
5. Urząd Nadzoru współdziała z organami administracji rządowej, jednostkami samorządu terytorialnego i innymi instytucjami w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa dotyczącej ubezpieczeń zdrowotnych.
- Art. 151e. 1. W sprawach, o których mowa w art. 151a ust. 4—9, art. 151b, art. 151c ust. 4—6, art. 151d ust. 1—3, Prezes Urzędu Nadzoru wydaje decyzje administracyjne.
2. Do postępowania przed Urzędem Nadzoru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.
3. Na decyzję Prezesa Urzędu Nadzoru służy skarga do Naczelnego Sądu Administracyjnego.
- Art. 151f. 1. Zarząd komisaryczny Kasy Chorych ustanowiony przez Urząd Nadzoru może być powołany na okres od 6 do 12 miesięcy.
2. Ustanowienie zarządu komisarycznego nie wpływa na organizację i sposób działania Kasy Chorych jako osoby prawnej, z wyjątkiem zmian przewidzianych w ustawie.
3. Na zarząd komisaryczny przechodzi prawo podejmowania decyzji we wszelkich sprawach zastrzeżonych w ustawie i statucie do właściwości organów Kasy Chorych. Z dniem ustanowienia zarządu komisarycznego zarząd Kasy Chorych ulega rozwiązaniu, a jego pełnomocnictwa wygasają. Na czas trwania zarządu komisarycznego kompetencje innych organów Kasy Chorych ulegają zawieszeniu.
4. Na decyzję o ustanowieniu zarządu komisarycznego radzie Kasy Chorych służy skarga do Naczelnego Sądu Administracyjnego. Wniesienie skargi nie wstrzymuje wykonania decyzji.
5. Zarząd komisaryczny opracowuje i uzgadnia z Urzędem Nadzoru plan przywrócenia płynności finansowej i wypłacalności Kasy Chorych, zapewnia należyte wykonanie tego planu oraz nie rzadziej niż co 3 miesiące informuje Urząd Nadzoru o wynikach jego realizacji.
6. Szczegółowe zadania zarządu komisarycznego, terminy ich wykonania oraz wynagrodzenia członków zarządu komisarycznego określa decyzją o ustanowieniu zarządu. Koszty działalności zarządu komisarycznego obciążają Kasę Chorych.
7. Ustanowienie zarządu komisarycznego podlega zgłoszeniu do rejestru, o którym mowa w art. 67 ust. 1.”;
- 126) skreśla się art. 152 i 153;
- 127) art. 154 otrzymuje brzmienie:
„Art. 154. Przewodniczący Rady Krajowego Związku Kas Chorych przedstawia corocznie Sejmowi i Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do końca lipca roku następnego, sprawozdanie z działalności Kas Chorych.”;
- 128) art. 155 otrzymuje brzmienie:
„Art. 155. Kto:
1) 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,
2) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego,
3) nie odprowadza w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
4) pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Kasą Chorych,
podlega karze grzywny do 5 000 zł.”;
- 129) skreśla się art. 162;
- 130) w art. 165:
a) w ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:
„4) art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 i Nr 160, poz. 1083),”

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 i 2, udzielane na rzecz osób nie posiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego finansowane są z budżetu państwa na zasadach i w trybie określonych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, w drodze rozporządzenia.”;

131) w art. 166 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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 lub przedsiębiorstwo państwowe „Polskie Koleje Państwowe”, z obowiązku, o którym mowa w ust. 1.”;

132) w art. 167:

a) ust. 3—6 otrzymują brzmienie:

„3. Pełnomocnik kończy swoją działalność nie później niż w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia działalności przez rady regionalnych Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych.

4. Rady regionalnych Kas Chorych, powołane zgodnie z art. 75, rozpoczynają działalność 1 września 1999 r.

5. Pełnomocnik składa Radzie Ministrów co 6 miesięcy sprawozdanie z przebiegu wdrażania w życie niniejszej ustawy.

6. Pełnomocnik tworzy Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego.”;

b) po ust. 6 dodaje się ust. 7 i 8 w brzmieniu:

„7. Pełnomocnik podejmuje działania konieczne do realizacji niniejszej ustawy, a w szczególności:

1) sporządza plan finansowy wydatków z uwzględnieniem art. 131b oraz art. 169b i przedstawia go do zatwierdzenia Radzie Ministrów,

2) powołuje i odwołuje pełnomocników regionalnych Kas Chorych, zwanych dalej „pełnomocnikami regionalnymi”,

3) opracowuje wzory umów zawieranych przez Kasę Chorych ze świadczeniodawcami oraz wzory dokumentacji wewnętrznej Kas Chorych,

4) organizuje system szkoleń pracowników dla tworzonych regionalnych Kas Chorych,

5) do czasu rozpoczęcia działalności organów, o których mowa w art. 75—81 i w art. 108—117, pełni ich funkcję,

6) dokonuje rejestracji Kas Chorych.

8. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, na wniosek Pełnomocnika, w drodze rozporządzenia:

1) określa liczbę, obszar działania oraz siedziby regionalnych Kas Chorych i ich oddziałów,

2) tworzy regionalne Kasy Chorych oraz ich oddziały,

3) nadaje statut regionalnym Kasom Chorych,

4) ustala zakres niezbędnych danych gromadzonych przez świadczeniodawców oraz w systemach informatycznych Kas Chorych, a także zakres i procedury wymiany danych pomiędzy Kasami Chorych oraz Kasami Chorych a świadczeniodawcami, Urzędem Nadzoru i Krajowym Związkiem Kas Chorych.”;

133) po art. 167 dodaje się art. 167a i 167b w brzmieniu:

„Art. 167a. 1. Do zadań pełnomocnika regionalnego należy zorganizowanie regionalnej Kasy Chorych. W tym celu pełnomocnik regionalny w szczególności:

1) sporządza plan finansowy, z uwzględnieniem art. 131b oraz art. 169c, i przedstawia do zatwierdzenia Pełnomocnikowi,

2) sporządza spis osób, które podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w danej Kasie Chorych,

3) przedkłada Pełnomocnikowi analizę finansową planowanych przychodów i kosztów w organizowanej Kasie Chorych,

4) składa Pełnomocnikowi kwartalne sprawozdanie ze swojej działalności,

5) wypełnia zadania zarządu regionalnej Kasy Chorych,

2. W celu zorganizowania i przygotowania do działania regionalnej Kasy Chorych pełnomocnik regionalny tworzy Tymczasową Kasę Chorych. Tymczasowa Kasa Chorych z dniem rejestracji przekształca się w regionalną Kasę Chorych.

3. Tymczasowa Kasa Chorych jest państwową jednostką organizacyjną, która prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych dla zakładów budżetowych.

4. Zasady wynagrodzenia pracowników zatrudnianych w tymczasowej Kasie Chorych ustala Pełnomocnik.

5. Majątek będący w dyspozycji tymczasowej Kasy Chorych staje się z dniem rejestracji własnością tej Kasy Chorych.

6. Pełnomocnik regionalny kończy swoją działalność w dniu pierwszego posiedzenia zarządu powołanego przez radę regionalnej Kasy Chorych.

Art. 167b. Pracownicy zatrudnieni przez Pełnomocnika lub pełnomocnika regionalnego organizujący regionalne Kasy Cho-

rych z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami właściwej regionalnej Kasy Chorych.”;

134) skreśla się art. 168;

135) po art. 168 dodaje się art. 168a w brzmieniu:

„Art. 168a. 1. Osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 8, stają się z mocy niniejszej ustawy członkami regionalnej Kasy Chorych, właściwej dla ich miejsca zamieszkania.

2. Podmioty, o których mowa w art. 16, są obowiązane dokonać zgłoszenia ubezpieczonego do właściwej Kasy Chorych, nie później niż do dnia 31 grudnia 1998 r.

3. Kasa Chorych od dnia rozpoczęcia działalności przejmuje finansowanie i zapewnia kontynuację świadczeń zdrowotnych zleconych ubezpieczonym przed tym dniem w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.”;

136) art. 169 otrzymuje brzmienie:

„Art. 169. Pełnomocnik regionalny przed dniem rozpoczęcia działalności Kasy Chorych zawiera na 1 rok umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 stycznia 1999 r., w szczególności:

1) z lekarzami, którzy posiadają uprawnienia i warunki do udzielania świadczeń oraz zgłaszają chęć zawarcia umowy, z zastrzeżeniem art. 56,

2) z przychodniami, poradniami i wiejskimi ośrodkami zdrowia będącymi zakładami opieki zdrowotnej, które powinny do dnia zawarcia umowy z Kasą Chorych przyjąć status samodzielnego zakładu w rozumieniu przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, lub niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej,

3) z pielęgniarkami i położnymi, z zastrzeżeniem pkt 1.”;

137) po art. 169 dodaje się art. 169a—169e w brzmieniu:

„Art. 169a. Pełnomocnik regionalny przed dniem rozpoczęcia działalności Kasy Chorych zawiera na okres 1 roku umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 stycznia 1999 r. ze szpitalami będącymi samodzielnymi zakładami opieki zdrowotnej na obszarze działania tej Kasy Chorych, o ile szpitale te spełniają warunki określone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, lub z niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

Art. 169b. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wymagania i kryteria, jakim powinni odpowiadać świadczeniodawcy, oraz zasady i tryb zawierania umów ze świadczeniodawcami na pierwszy rok działalności Kas Chorych.

Art. 169c. Wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowane jest z budżetu państwa w zakresie:

1) działalności Pełnomocnika i biura Pełnomocnika,

2) działalności pełnomocników regionalnych,

3) zorganizowania i wyposażenia tymczasowych i regionalnych Kas Chorych i ich oddziałów,

4) utworzenia systemu informacyjno-obliczeniowego w tymczasowych i regionalnych Kasach Chorych,

5) szkolenia pracowników tymczasowych i regionalnych Kas Chorych,

6) wynagrodzeń pracowników tymczasowych Kas Chorych i regionalnych Kas Chorych do dnia 31 grudnia 1998 r.

7) dotacji w wysokości odpowiadającej kwocie przewidywanych przychodów Kas Chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w okresie pierwszych 4 tygodni działalności w 1999 r., z uwzględnieniem przeprowadzenia wyrównania, o którym mowa w art. 135,

8) pożyczki w wysokości przewidywanych przychodów Kas Chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w okresie pierwszych 2 tygodni lutego 1999 r. z uwzględnieniem przeprowadzenia wyrównania, o którym mowa w art. 135. Pożyczka podlega zwrotowi nie później niż do dnia 31 grudnia 1999 r. Wysokość rat oraz terminy zwrotu pożyczki określają umowy zawarte pomiędzy Kasami Chorych a Ministrem Finansów.

Art. 169d. Po rocznym okresie obowiązywania ustawy Rada Ministrów przedstawi Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej sprawozdanie z wykonania ustawy wraz z wnioskami dotyczącymi wysokości składowki na ubezpieczenie zdrowotne.

Art. 169e. Kasy Chorych przejmują finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 2 oraz w art. 3 ustawy z dnia 24 listopada 1995 r. o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych (Dz. U. z 1997 r. Nr 36, poz. 224 i Nr 123, poz. 780).”;

138) w art. 170:

a) skreśla się pkt 9,

b) po pkt 30 dodaje się pkt 31—39 w brzmieniu:

„31) art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (Dz. U. Nr 66, poz. 287 i Nr 95, poz. 425, z 1993 r.

Nr 7, poz. 34, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, z 1997 r. Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),

- 32) art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 73, poz. 323, z 1997 r. Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),
- 33) art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Methodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 97, poz. 479, z 1997 r. Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),
- 34) art. 13 ust. 3, art. 15 ust. 2 i 3 pkt 1 ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Chrześcijan Baptystów w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 97, poz. 480, z 1997 r. Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),
- 35) art. 13 ust. 3, art. 15 ust. 2 i 3 pkt 1 ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 97, poz. 481, z 1997 r. Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),
- 36) art. 11 ust. 3, art. 13 ust. 2 ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Polskokatolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 97, poz. 482, z 1997 r. Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),
- 37) art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 41, poz. 252 i Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),
- 38) art. 11 ust. 3 ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Starokatolickiego Mariawitów w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 41, poz. 253 i Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),
- 39) art. 14 ust. 3, art. 16 ust. 2 i 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lutego 1997 r. o stosunku Państwa do Kościoła Zielonoświątkowego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 41, poz. 254 i Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668)."

Art. 2. 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, z 1996 r. Nr 6, poz. 43, Nr 43, poz. 189, Nr 106, poz. 496 i Nr 149, poz. 703 oraz z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 54, poz. 349, Nr 117, poz. 751, Nr 121, poz. 770 i Nr 140, poz. 940) w art. 3 w § 1 wyrazy „kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego” zastępuje się wyrazami „Kasy Chorych.”

Art. 3. W ustawie 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, z 1996 r. Nr 100, poz. 461, Nr 136, poz. 636 i Nr 147, poz. 687, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 93 poz. 569 i Nr 111, poz. 725 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 6 skreśla się wyrazy „i świadczenia w naturze”;
- 2) skreśla się art. 8.

Art. 4. W ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 1998 r. Nr 90, poz. 575 i Nr 106, poz. 668) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 15 na końcu ust. 1 w miejsce kropki wstawia się przecinek i dodaje się wyrazy „finansowanym z budżetu państwa”;
- 2) w art. 20 w ust. 1 dodaje się na końcu wyrazy „finansowane z budżetu państwa”.

Art. 5. W ustawie z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (Dz. U. z 1991 r. Nr 44, poz. 194 i Nr 107, poz. 464, z 1992 r. Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, Nr 43, poz. 163, z 1996 r. Nr 41, poz. 175 i Nr 89, poz. 402 oraz z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 75, poz. 467 i 469, Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i 770 i Nr 141, poz. 943) w art. 36 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Działalność, o której mowa w ust. 3, prowadzona przez jednostkę badawczo-rozwojową w ramach programów polityki zdrowotnej jest finansowana z budżetu państwa.”

Art. 6. W ustawie z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414 i Nr 106, poz. 668) w art. 10 w ust. 2 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) pokrywanie wydatków na świadczenia zdrowotne, w szczególności osób bezdomnych i innych, które nie mają żadnych źródeł utrzymania i nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym.”

Art. 7. W ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25 i Nr 106, poz. 668) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 78:
 - a) w ust. 1 w pkt 5 dodaje się lit. c) w brzmieniu:

„c) rolników, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu, a podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu,”
 - b) w ust. 2:
 - w pkt 3 skreśla się wyrazy „obejmującej również wydatki, o których mowa w ust. 1 pkt 5.”,
 - dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) z dotacji budżetu państwa przeznaczonej na składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1 pkt 5.”;

2) w art. 79 w ust. 2 kropkę zastępuje się przecinkiem oraz dodaje się wyrazy „oraz refundacji przez Kasy Chorych kosztów związanych z realizacją ubezpieczenia zdrowotnego.”

Art. 8. 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, z 1996 r. Nr 25, poz. 113, Nr 87, poz. 395, Nr 137, poz. 638, Nr 147, poz. 686 i Nr 156, poz. 776, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 30, poz. 164, Nr 71, poz. 449, Nr 85, poz. 538, Nr 96, poz. 592, Nr 121, poz. 770, Nr 123, poz. 776, Nr 137, poz. 926, Nr 139, poz. 932—934 i Nr 141, poz. 943 i 945 oraz z 1998 r. Nr 66, poz. 430, Nr 74, poz. 471 i Nr 108, poz. 685) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 27b otrzymuje brzmienie:

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

- 1) opłaconej w roku podatkowym bezpośrednio przez podatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
 - 2) pobranej w roku podatkowym przez płatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.
2. Kwota składki na ubezpieczenie zdrowotne, o którą zmniejsza się podatek, nie może przekroczyć 7,5% podstawy wymiaru tej składki.
3. Wysokość wydatków na cele określone w ust. 1 ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających ich poniesienie.”;

2) w art. 30 w ust. 4 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) odliczyć od przychodów wydatki określone w art. 26 ust. 1 oraz od zryczałtowanego podatku 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 i 3.”;

3) w art. 32 ust. 3b otrzymuje brzmienie:

„3b. Zaliczkę obliczoną w sposób określony w ust. 3 zmniejsza się, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2, o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej w tym miesiącu przez zakład pracy zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”;

4) w art. 33 ust. 3a otrzymuje brzmienie:

„3a. Zaliczkę od dochodów, o których mowa w ust. 1, obliczoną w sposób określony w ust. 2 i 3, zmniejsza się, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2, 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.”;

5) w art. 34:

a) ust. 4a otrzymuje brzmienie:

„4a. Zaliczkę obliczoną w sposób określony w ust. 2 zmniejsza się, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2, o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej w tym miesiącu przez organ rentowy zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”;

b) w ust. 9 wyrazy „obniżony o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych” zastępuje się wyrazami „obniżony, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2, o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne pobranej.”;

6) w art. 35 ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Zaliczkę od dochodów, o których mowa w ust. 1, obliczoną w sposób określony w ust. 3—8, zmniejsza się, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2, o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej w tym miesiącu przez płatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”;

7) w art. 37 w ust. 1 w ostatnim zdaniu wyrazy „obniżony przez płatnika o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych” zastępuje się wyrazami „obniżony przez płatnika, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2, o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne pobranej”;

8) w art. 38 w ust. 1 wyrazy „kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” zastępuje się wyrazami „kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne pobranej zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne odliczonej, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2,”;

9) w art. 39 w ust. 1 w zdaniu pierwszym wyrazy „składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez płatnika” zastępuje się wyrazami „składki na ubezpieczenie zdrowotne pobranej w roku podatkowym przez płatnika i składki na ubezpieczenie zdrowotne odliczonej, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2,”;

10) w art. 41 ust. 1a otrzymuje brzmienie:

„1a. Zaliczkę od dochodów, o których mowa w ust. 1, obliczoną w sposób określony w tym przepisie, zmniejsza się, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2, o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne pobranej przez płatnika, o którym mowa w ust. 1, zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”;

11) w art. 42 w ust. 3 w zdaniu pierwszym wyrazy „składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez płatnika” zastępuje się wyrazami „składki na ubezpieczenie zdrowotne pobranej w roku podatkowym przez płatnika i składki

na ubezpieczenie zdrowotne odliczonej, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2,“;

12) w art. 43 w ust. 4 po wyrazie „obniżone” dodaje się wyrazy „z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2“;

13) w art. 44 ust. 3b otrzymuje brzmienie:

„3b. Zaliczki, o których mowa w ust. 3 pkt 2 i 3 oraz w ust. 3a, zmniejsza się, z zastrzeżeniem art. 27b ust. 2, o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaconej bezpośrednio w tych miesiącach przez podatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.”

Art. 9. 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, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668) w art. 8:

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

„1a) przedsiębiorstwo państwowe „Polskie Koleje Państwowe” reprezentowane przez Zarząd PKP.”,

2) w ust. 2 skreśla się pkt 2.

Art. 10. 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, z 1997 r. Nr 9, poz. 44, Nr 28, poz. 153, Nr 79, poz. 484, Nr 96, poz. 592, Nr 107, poz. 685, Nr 118, poz. 754, Nr 121, poz. 770, Nr 123, poz. 776 i 777, Nr 137, poz. 926, Nr 139, poz. 932, 933 i 934, Nr 140, poz. 939 i Nr 141, poz. 945 oraz z 1998 r. Nr 60, poz. 383 i Nr 108, poz. 685) w art. 17 w ust. 1:

1) pkt 4p otrzymuje brzmienie:

„4p) dochody Krajowego Związku Kas Chorych i Kas Chorych w części przeznaczony na cele statutowe,”

2) pkt 27 otrzymuje brzmienie:

„27) dochody z lokat zwiększające fundusz rezerwowy Kas Chorych, o którym mowa w przepi-

sach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,”.

Art. 11. W ustawie z dnia 23 grudnia 1994 r. o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r. Nr 34, poz. 163, z 1996 r. Nr 106 poz. 496 i Nr 139, poz. 647 oraz z 1997 r. Nr 133, poz. 883) w art. 2 w ust. 2 w pkt 1 na końcu zdania po przecinku dodaje się wyrazy „a także pracowników zatrudnionych w Urzędzie Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz pracowników tymczasowej Kasy Chorych”.

Art. 12. W ustawie z dnia 6 lipca 1995 r. o przedsiębiorstwie państwowym „Polskie Koleje Państwowe” (Dz. U. Nr 95, poz. 474, z 1996 r. Nr 147, poz. 687, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 96, poz. 591, Nr 104, poz. 661 i Nr 121, poz. 770 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668) art. 16a otrzymuje brzmienie:

„Art. 16a. Na zadania kolejowej służby zdrowia w zakresie zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, o których mowa w art. 10 ust. 3, przekazywana jest dotacja z budżetu państwa.”

Art. 13. W ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681) w art. 23 w ust. 1 na końcu dodaje się wyrazy „, finansowanymi z budżetu państwa.”

Art. 14. Prezes Rady Ministrów ogłosi w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej jednolity tekst ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, z uwzględnieniem zmian wynikających z przepisów ogłoszonych przed dniem wydania jednolitego tekstu.

Art. 15. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1999 r., z wyjątkiem następujących przepisów ustawy wymienionej w art. 1:

- 1) art. 18, art. 21 ust. 3, art. 26 ust. 6, art. 54, 54a, 56, 166, 167, 167a, 168a, art. 169, 169a, 169b i 169c, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia,
- 2) art. 55a, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 1999 r.,
- 3) art. 4a, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2002 r.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Kwaśniewski*