



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Druk nr 288

Warszawa, 21 kwietnia 1998 r.

III kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
RM 10-8-98

Pan  
Maciej Płażyński  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

– o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wraz z projektami podstawowych aktów wykonawczych.

Informuję również, że projekt ustawy został, w obowiązującym trybie, zaopiniowany przez związki zawodowe oraz organizacje pracodawców.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że do reprezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia i Opieki Społecznej.

Z poważaniem

(-) Jerzy Buzek

**USTAWA**  
z dnia 1998 r.  
o zmianie ustawy o powszechnym  
ubezpieczeniu zdrowotnym

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 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 obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie karty stałego pobytu,

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 pólgu oraz w celu zapobiegania chorobom i promocji zdrowia.”;

4) art. 4 otrzymuje brzmienie:

„Art. 4.1. Ubezpieczenie zdrowotne realizowane jest przez instytucje 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. Kasa Chorych i świadczeniodawcy są obowiązani przestrzegać zasad rzetelności, gospodarności i celowości działania.
5. Ubezpieczeni, o których mowa w art. 2 pkt 1 i 2, wnoszą do Kasy Chorych składkę na ubezpieczenie zdrowotne; w ramach tej składki ubezpieczeniem są objęci członkowie ich rodzin.
6. Ubezpieczeni współuczestniczą w kosztach udzielanych im świadczeń wnosząc opłaty (udział własny) na zasadach określonych ustawą.
7. Kasa Chorych realizując swoje zadania współdziała z innymi instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, z instytucjami ubezpieczeń społecznych, organami jednostek samorządu terytorialnego, administracji rządowej, z samorządami zawodów medycznych, a także ze stowarzyszeniami i z grupami samopomocowymi tworzonymi w celu udzielania pomocy osobom chorym lub promocji zdrowia.
8. Kasa Chorych nie może prowadzić działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o działalności gospodarczej.
9. Kasa Chorych nie może prowadzić zakładów opieki zdrowotnej, ani nie może być ich właścicielem.”;

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

„Art. 4a.1. Ubezpieczony może realizować obowiązek 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) przyjmuje do ubezpieczenia każdą zgłaszającą się osobę bez względu na czynniki ryzyka, w szczególności takie, jak: wiek, stan zdrowia i płeć,
  - 3) nie różnicuje wysokości składki w zależności od czynników ryzyka,
  - 4) obejmuje ubezpieczeniem członków rodziny osoby opłacającej składkę - w ramach tej składki,
  - 5) uzyska 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 5, jeżeli instytucja ubezpieczenia zdrowotnego nie realizuje przepisów ust.1 pkt 1-4 i nie zapewnia ubezpieczonym świadczeń określonych ustawą. W razie cofnięcia zgody, przepisy art.69b ust.8 stosuje się odpowiednio.”;

6) skreśla się art. 5 i 6;

7) w art. 7:

a) 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",

- b) w pkt 20 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 21-29 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 wnuk i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej – do ukończenia 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczania wieku,
    - b) małżonek,
    - c) inny członek rodziny zamieszkały wspólnie z ubezpieczonym, nie objęty obowiązkiem ubezpieczenia,
  - 22) Kasie Chorych bez bliższego oznaczenia – rozumie się przez to regionalną, zakładową i międzyzakładową Kasę Chorych,
  - 23) świadczeniodawcy – rozumie się przez to lekarza, inne osoby wykonujące zawody medyczne, psychologa i zakład opieki zdrowotnej, zawierających umowę z Kasą Chorych na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
  - 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 pielęgniarstwie – rozumie się przez to świadczenia zdrowotne określone w art.4 i 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 81, poz.410),
  - 27) poziomie referencyjnym szpitali – rozumie się przez to podział szpitali w zależności od zakresu i rodzaju udzielanych przez nich świadczeń zdrowotnych,
  - 28) aptece – rozumie się przez to aptekę ogólnodostępną,
  - 29) szpitalu – rozumie się przez to również szpital kliniczny.”;
- 8) w art.8:
- a) pkt 9-17 otrzymują brzmienie:
    - „ 9) sędziowie i prokuratorzy,
    - 10) osoby pobierające emerytury lub renty, osoby pobierające uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenia rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby,
    - 11) dzieci oraz uczniowie i słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty – nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu,
    - 12) studenci i uczestnicy 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 z urzędu pracy,
- 17) osoby pobierające rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej,”

b) 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.”;

9) po art. 8 dodaje się art. 8a w brzmieniu:

- „Art. 8a.1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za wykonany 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. 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 dla osoby, 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 osoba ta nie była 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, którzy przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na innej podstawie niż karta stałego pobytu, 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”;

13) art. 13 otrzymuje brzmienie:

„Art. 13. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób wymienionych w art.8 pkt 8 i 9 powstaje z dniem przyznania 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 z dniem przyznania emerytury lub renty, a wygasa z dniem utraty prawa do pobierania świadczenia.
2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do osób pobierających uposażenie w stanie spoczynku lub 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 przy-

znania 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, a wygasa z dniem jej 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 inny właściwy organ emerytalno-rentowy.
4. Osoby wymienione w art.8 pkt 11, z wyłączeniem dzieci, w pkt 12 i 13 – zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli, szkoły wyższe i jednostki organizacyjne prowadzące studia doktoranckie.
5. Dzieci, o których mowa w art. 8 pkt 11, zgłasza do ubezpieczenia ich prawny opiekun.
6. Osoby wymienione w art.8 pkt 14 zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.
7. Bezrobotnych oraz osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenia przedemerytalne z urzędu pracy – zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego urząd pracy.
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 właściwych oddziałów Zakładów Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz do regionalnych Kas Chorych, wła-

ściwych dla miejsca zamieszkania osoby zgłaszanej do ubezpieczenia. Zgłoszenie powinno zawierać w szczególności: imię, nazwisko, adres, PESEL, wysokość dochodów stanowiących podstawę wymiaru składki w miesiącu zgłoszenia oraz nazwiska, imiona, daty urodzenia i PESEL członków rodziny objętych ubezpieczeniem.

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 regionalną Kasę Chorych której ostatnio byli członkami jak również poinformować płatnika ich składki oraz właściwy oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
13. Pracodawcy i inne instytucje lub osoby wymienione w ust. 1-9 są obowiązane do zawiadamiania ubezpieczonego o udzielonych o nim informacjach.”;

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. Kartę ubezpieczenia otrzymuje osoba ubezpieczona po zgłoszeniu jej w Kasie Chorych, zgodnie z art.16.
  3. Wzór karty ubezpieczenia, tryb jej wydawania i unieważniania oraz zasady odpłatności za wydanie duplikatu określi, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po zasięgnięciu opinii rady Krajowego Związku Kas Chorych.”;

19) art.19 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 19.1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 7,5 % podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 oraz art. 20 i art. 169d.
2. Zmiana wysokości składki do dnia 31 grudnia 2001 r. może nastąpić jedynie w drodze ustawy, z zastrzeżeniem art.131c pkt 1.
  3. Kasa Chorych od dnia 1 stycznia 2002 r. może zmienić wysokość składki na obszarze swojego działania po uzyskaniu akceptacji członków Kasy Chorych wyrażonej w drodze głosowania w referendum.
  4. Do przeprowadzenia referendum, o którym mowa w ust. 3 stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 11 października 1991r. o referendum gminnym (Dz. U. z 1996 r. Nr 84, poz.386) w zakresie dotyczącym referendum przeprowadzonego z inicjatywy rady gminy.
  5. Zarząd Kasy Chorych ogłasza w dziennikach urzędowych województw, na obszarze których ta Kasa działa oraz podaje do publicznej wiadomości informację o zmianie wysokości składki, o której mowa w ust. 3. Zmieniona wysokość składki obowiązuje nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie dwóch miesięcy od dnia ogłoszenia zmiany wysokości składki.”;

20) art.20 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 20.1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników wynosi kwotę odpowiadającą 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 działalność specjalnej produkcji rolnej jest ponadto deklarowana kwota odpowiadająca dochodowi ustalonemu 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) 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 odpowiadająca wysokości emerytury , renty, uposażenia w stanie spoczynku lub uposażenia rodzinnego albo uposażenia pobieranego po zwolnieniu ze służby,
- 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 z urzędu pracy a w przypadku nie pobierania 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.”

b) 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, oraz z 1997r.Nr 28 poz.153 i Nr 123 poz. 776) – 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 kółek 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 dochodu ubezpieczonego i odprowadza Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego albo inny właściwy organ emerytalno-rentowy wypłacający 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 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) rolników, o których mowa w art. 8 pkt1 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 pkt11, 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 - 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,
- 7) kombatantów, o których mowa w art. 8 pkt 18, opłaca Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych,

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, do 15 dnia następnego miesiąca, w oparciu o sporządzoną deklarację rozliczeniową.
2. Od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobiera się odsetki za zwłokę na zasadzie i w wysokości określonych przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. - Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137 poz.926).
  3. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:
    - 1) osób wymienionych w art. 8 w pkt 1 lit.a i lit. 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 w pkt 1 lit. b i w 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.
  4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu trzech dni roboczych od dnia wpływu, pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z 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 Za-

kładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

6. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Finansów i po zasięgnięciu opinii rady Krajowego Związku Kas określi, w drodze rozporządzenia, wzór deklaracji rozliczeniowej oraz tryb i terminy dokonywania rozliczeń związanych z opłatą składki na ubezpieczenie zdrowotne i z przekazaniem składki wraz z należnymi odsetkami przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz 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 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 z dnia 29 sierpnia 1997r.- Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz.926).”;

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) skreśla się art.30;

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 i ograniczanie niepełnosprawności.

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 ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,

- 7) opiekę profilaktyczną nad zdrowym dzieckiem,
- 8) zaopatrzenie w leki i materiały medyczne,
- 9) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne,
- 10) orzekanie o stanie zdrowia.”;

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

„Art. 31 a.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 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 i sanatoriach uzdrowiskowych, nie związane z bezpośrednią przyczyną skierowania ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe,
  - 4) świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii, inne niż określone w art. 31 e,
  - 5) szczepienia ochronne inne niż zlecone 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 Rzeczypospolitą 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. 31 b. 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) zlecanych 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.
3. Kasa Chorych może zachęcać ubezpieczonych do zachowań prozdrowotnych i korzystania ze świadczeń profilaktycznych, promując takie zachowania przez obniżenie kwoty udziału własnego ubezpieczonego w kosztach świadczeń lub w inny sposób.

- Art. 31 c. 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 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, wykaz szpitali o różnych poziomach referencyjnych w zależności od zakresu udzielanych przez te szpitale świadczeń zdrowotnych.

- Art. 31 d. 1. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń rehabilitacyjnych 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. 31 e. 1. Ubezpieczony ma prawo do podstawowych świadczeń lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych. Statut

Kasy Chorych określa wysokość udziału własnego ubezpieczonego w kosztach tych świadczeń, z tym że:

- 1) dzieci do lat 18, kobiety w ciąży oraz inwalidzi wojenni i wojskowi uzyskują te świadczenia oraz materiały bez udziału własnego ubezpieczonego w kosztach,
  - 2) udział własny ubezpieczonego nie może przekraczać 50% kosztów otrzymanego świadczenia wraz z materiałami.
2. Wykaz podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych określi Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w drodze rozporządzenia po zasięgnięciu opinii Krajowego Związku Kas Chorych oraz Naczelnej Rady Lekarskiej.

Art. 31 f. 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 lekarzowi i członkom jego rodziny w linii prostej na podstawie recepty wystawionej przez tego lekarza, także wówczas, gdy nie jest on lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawrze umowę z Kasą Chorych upoważniającą go do wystawiania takich recept.”;

34) w art.38:

- 1) w ust.7 po wyrazie „ustala” dodaje się wyrazy „w drodze rozporządzenia.”,
- 2) w ust.8 wyraz „zarządzenia” zastępuje się wyrazem „rozporządzenia”;

35) w art. 43 wyraz „zarządzenia” zastępuje się wyrazem „rozporządzenia”;

36) w art.45 po wyrazie „określa” dodaje się wyrazy „w drodze rozporządzenia.”;

37) art.47 otrzymuje brzmienie:

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

2. Inwalidom wojennym i wojskowym przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych 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. Szczegółowy wykaz przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych oraz wysokość udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia określi, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Krajowego Związku Kas Chorych.
5. Udział Kasy Chorych nie może być niższy niż 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.”;

38) art.48 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 48. 1.Leczenie uzdrowiskowe przysługuje ubezpieczonemu na wniosek lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i na zasadach określonych w przepisach o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym oraz o odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatoriach uzdrowiskowych, chyba że ustawa stanowi inaczej.
2. Ubezpieczony ponosi koszty zakwaterowania i wyżywienia w sanatorium uzdrowiskowym oraz, z zastrzeżeniem art. 50 ust. 1 pkt 3, koszty przejazdu do i z sanatorium, na zasadach określonych w przepisach, o których mowa w ust.1.”;

39) skreśla się art.49;

40) art.50 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 50. 1.Ubezpieczonemu, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, 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,
  - 3) przewozów osób z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiająca korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia, do najbliższego zakładu udzielającego świadczeń w tym zakresie i z powrotem.
2. 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.”;



41) 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 może ubiegać się o zwrot kosztów, o których mowa w ust. 2, 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 roszczenie stało się wymagalne.
  6. Przepisów ust. 1 - 3 nie stosuje się do dzieci od dnia urodzenia do ukończenia 3 miesiąca życia.”;

42) skreśla się art.52;

43) 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 organizacji reprezentujących świadczeniodawców określa warunki dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych, zapewnienia jakości i dostępności świadczeń, rozliczania kosztów świadczeń i mechanizmów ograniczania wzrostu tych kosztów, a także zasad 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 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.”;

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

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

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

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

46) skreśla się art.55;

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

„Art. 55 a.1. Kasa Chorych, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych w porozumieniu z sejmikiem wojewódzkim lub odpowiednio sejmikami wojewódzkimi na obszarze których działa jest obowiązana do opracowania planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na obszarze ich działania; w oparciu o ten plan Kasa Chorych zawiera umowy ze świadczeniodawcami. Plan powinien być podany do publicznej wiadomości.

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 lekarza i pielęgniarskich oraz niezbędną dla tego celu liczbę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub rodzinnych, lekarzy specjalistów i innych świadczeniodawców.”;

48) art.56 otrzymuje brzmienie:

„Art. 56.1.Kasa Chorych nie może zawierać umowy o udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z lekarzem, jeżeli 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.”;

49) art.57 otrzymuje brzmienie:

„Art. 57. 1. Kasy Chorych zawierają umowy ze szpitalami będącymi samodzielnymi publicznymi lub niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w celu zapewnienia ubezpieczonym leczenia szpitalnego.

2. Jeżeli szpital nie dotrzymuje warunków umowy lub gdy nie ma zapotrzebowania na świadczenia udzielane przez ten szpital, Kasa Chorych rozwiązuje umowę z 6 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

Jeżeli szpital znajduje się w krajowej sieci szpitali, Kasa Chorych zawiadamia równocześnie o tym Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze rozporządzenia krajową sieć szpitali uwzględniając zapewnienie ubezpieczonym dostępu do leczenia szpitalnego i zapotrzebowanie na świadczenie zdrowotne szpitali różnych poziomów referencyjnych.”;

50) 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) leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych oraz od tytoniu,
  - 5) dla osób zakażonych wirusem HIV,
  - 6) dla osób chorych na gruźlicę ,
  - 7) dla kombatantów w zakresie chorób wojennych i obozowych.
2. Świadczenia 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, zatruc, urazów, porodu, stanów zagrożenia życia oraz w razie wydania na podstawie odrębnych przepisów decyzji o przymusowej hospitalizacji.
  4. Świadczenia z zakresu diagnostyki, rehabilitacji leczniczej oraz 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.
  6. Jeżeli ubezpieczony zmienia wybranego przez siebie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego bez zgody Kasy Chorych przed upływem sześciu miesięcy od dokonania wyboru, wnosi zryczałtowaną opłatę rejestracyjną do Kasy Chorych w wysokości 2,5% przeciętnego wynagrodzenia.”;

51) 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.”;

52) 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. Okręgowa Izba Aptekarska uzgadnia z Kasą Chorych:
  - 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

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

4. W przypadku nieuzgodnienia terminów, o których mowa w ust.3 pkt1 i 2, terminy te nie mogą przekroczyć 15 dni.
5. Kasa Chorych dokonuje zwrotu należności z tytułu refundacji w terminie, o którym mowa w ust.3 pkt 2 lub ust.4
6. W przypadku przekroczenia przez Kasę Chorych terminu, o którym mowa w ust. 5, aptece przysługują odsetki .
7. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po porozumieniu z Radą Krajowego Związku Kas Chorych i po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, wzór zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji.”;

53) art.60 otrzymuje brzmienie:

„Art. 60. 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 art. 58 ust. 6,
- 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 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 lub potrzeby natychmiastowego leczenia szpitalnego, udzielanych przez świadczeniodawców nie związanych umową z Kasą Chorych - do wysokości kosztów takich świadczeń w danej Kasie Chorych,
- 7) do żądania przeprowadzenia kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.”;

54) 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) sposobu wystawiania recept.
2. Kontrole dokumentacji medycznej i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych mogą być przeprowadzane tylko przez upoważnionych przez Kasę Chorych lekarzy 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.”;

55) 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. Świadczenia, o których mowa w ust.1, są udzielane na zasadzie rozliczeń pomiędzy Kasami Chorych.”;

- 56) skreśla się art.63 i 64;
- 57) w tytule rozdziału 6 wyrazy „Kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego” zastępuje się wyrazami „Kas Chorych”;
- 58) art.65 otrzymuje brzmienie:  
„Art. 65. 1. Zadania z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych realizują:  
1) regionalne Kasy Chorych,  
2) zakładowe i międzyzakładowe Kasy Chorych,  
3) Krajowy Związek Kas Chorych  
2. Regionalne Kasy Chorych oraz zakładowe i międzyzakładowe Kasy Chorych są członkami Krajowego Związku Kas Chorych.  
3. Kasa Chorych może tworzyć biura terenowe, zwane dalej „oddziałami Kasy.”;
- 59) art.66 otrzymuje brzmienie:  
„Art. 66. 1. Kasa Chorych jest instytucją samorządną, reprezentującą ubezpieczonych.  
2. Kasy Chorych regionalne oraz zakładowe i międzyzakładowe mają osobowość prawną.”;
- 60) w art.67 ust.1 i 2 otrzymuje brzmienie:  
„1. Regionalne oraz zakładowe i międzyzakładowe Kasy Chorych uzyskują osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru Kas Chorych 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.”;
- 61) skreśla się art.68 i 69;
- 62) 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 w miarę możliwości uwzględniać granice administracyjne jednego lub kilku województw.  
3. Regionalne Kasy Chorych mogą łączyć się, dzielić lub zmieniać częściowo obszary swego działania, po uzgodnieniu tych zmian przez zainteresowane Kasy Chorych i poinformowaniu Urzędu Nadzoru, Krajowego Związku Kas Chorych oraz zainteresowanych jednostek samorządu terytorialnego, zgłaszają zmiany do sądu, o którym mowa w art.67 ust.1.  
4. Nazwa regionalnej Kasy Chorych zawiera określenie siedziby tej Kasy Chorych.  
5. Regionalna Kasa Chorych zobowiązana jest przyjąć w skład członków każdą osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, zamieszkałą na obszarze działania Kasy Chorych.

6. 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. 69 b. 1. Zakładowa Kasa Chorych może być tworzona, gdy:

- 1) pracownicy w liczbie co najmniej 15 osób utworzą radę założycieli zakładowej Kasy Chorych, zwaną dalej radą założycieli,
  - 2) rada założycieli uzyska pisemne deklaracje przystąpienia do zakładowej Kasy Chorych od co najmniej 500 000 przyszłych jej członków,
  - 3) Urząd Nadzoru na wniosek rady założycieli i po zatwierdzeniu przedstawionego przez nią projektu statutu oraz planu finansowego Kasy wyraża zgodę na utworzenie zakładowej Kasy Chorych.
2. Rada założycieli na podstawie ordynacji wyborczej zatwierdzonej przez Urząd Nadzoru przeprowadza wybory do rady zakładowej Kasy Chorych.
  3. Zakładowa Kasa Chorych może być zlikwidowana na podstawie uchwały rady Kasy podjętej większością 3/4 głosów statutowego składu rady. Uchwała o likwidacji zakładowej Kasy Chorych przekazana do Urzędu Nadzoru powinna określać skład organu likwidacyjnego. Likwidatorzy są zobowiązani do składania Urzędowi Nadzoru sprawozdań o przebiegu likwidacji w terminach i w sposób określony przez Urząd Nadzoru. Urząd Nadzoru może wyznaczyć likwidatora z urzędu.
  4. Urząd Nadzoru może zarządzić likwidację przymusową zakładowej Kasy Chorych, gdy nie realizuje ona zadań ustawowych, a w szczególności gdy:
    - 1) działalność Kasy Chorych jest prowadzona z naruszeniem przepisów prawa lub jest sprzeczna z planem działalności,
    - 2) rada Kasy Chorych nie podejmie uchwały o pokryciu straty bilansowej lub pomimo podjęcia takiej uchwały strata ta nie zostanie pokryta w określonym terminie,
    - 3) zarząd komisaryczny ustanowiony w trybie art. 151b i 151f nie doprowadził do przywrócenia równowagi finansowej Kasy Chorych,
    - 4) Kasa Chorych nie realizuje świadczeń należnych ubezpieczonym albo realizuje je z opóźnieniem lub częściowo.
  5. W przypadku zarządzenia likwidacji przymusowej zakładowej Kasy Chorych Urząd Nadzoru wyznacza likwidatora.
  6. Na decyzję Urzędu Nadzoru, radzie zakładowej Kasy Chorych służy skarga do Naczelnego Sądu Administracyjnego.
  7. Środki funduszy oraz majątek likwidowanej zakładowej Kasy Chorych, po pokryciu – w pierwszej kolejności – roszczeń pracowników oraz z tytułu umów ze świadczeniodawcami i roszczeń ubezpieczonych oraz pozostałych zobowiązań tej Kasy, zostają przekazane dla Kasy Chorych, której członkami stają się dotychczasowi członkowie likwidowanej Zakładowej Kasy Chorych.
  8. W przypadku rozwiązania zakładowej Kasy Chorych jej członkowie stają się członkami regionalnej Kasy Chorych, właściwej dla ich miejsca zamieszkania, albo – na swój wniosek – innej zakładowej lub innej regionalnej Kasy Chorych.

9. Zakładowa Kasa Chorych ma obowiązek przyjąć w skład swoich członków pracowników oraz emerytów i rencistów danego pracodawcy na ich wniosek. Pracownik nie jest zobowiązany do przynależności do zakładowej Kasy Chorych, chyba że złożył wcześniej deklarację, o której mowa w ust. 1 pkt 2.
10. Statut zakładowej Kasy Chorych określa warunki i zasady przyjmowania w skład członków Kasy osób nie będących pracownikami, emerytami lub rencistami danego pracodawcy.
11. Rady założycieli lub rady zakładowych Kas Chorych dwóch lub więcej pracodawców tej samej branży mogą utworzyć międzyzakładową Kasę Chorych. W tej samej branży może zostać utworzona wyłącznie jedna międzyzakładowa Kasa Chorych.
12. Ilekroć w dalszych przepisach ustawy jest mowa o zakładowej Kasie Chorych rozumie się przez to również międzyzakładową Kasę Chorych.
13. Na zasadach określonych w ust. 1-11, może zostać utworzona Kasa Chorych Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Administracji i Spraw Wewnętrznych oraz przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe” - jako zakładowa lub międzyzakładowa Kasa Chorych.
14. Zakładowe Kasy Chorych tworzą zgromadzenie zakładowych Kas Chorych w celu wyboru przedstawicieli do Krajowego Związku Kas Chorych.

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

63) skreśla się art.70;

64) w rozdziale 6 skreśla się tytuł „Oddział 1 Regionalne Kasy”;

65) skreśla się art.71;

66) 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.”;



67) art.73 otrzymuje brzmienie:

„Art. 73.1. Statut Kasy Chorych określa w szczególności:

- 1) nazwę i siedzibę Kasy Chorych,
  - 2) obszar działania,
  - 3) szczegółową organizację i sposób udzielania świadczeń przysługujących ubezpieczonym,
  - 4) zasady tworzenia i funkcjonowania oddziałów Kasy Chorych
  - 5) liczbę członków organów Kasy Chorych i zakres czynności tych organów,
  - 6) zasady funkcjonowania biura Kasy,
  - 7) zasady sporządzania i zatwierdzania planu finansowego i bilansu rocznego,
  - 8) skład i zasady działania prezydium rady Kasy Chorych oraz komisji skarg i wniosków,
  - 9) zasady kontroli wewnętrznej Kasy,
  - 10) warunki członkostwa osób ubezpieczających się dobrowolnie,
  - 11) zasady ustalania wynagrodzeń oraz diet i zwrotu kosztów dla członków organów Kasy Chorych oraz Komisji skarg i wniosków,
  - 12) 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 w środkach społecznego przekazu.
  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 w lokalnych środkach społecznego przekazu.”;

68) art.74 otrzymuje brzmienie:

„Art. 74. Organami Kasy Chorych są:

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

69) art.75 otrzymuje brzmienie:

„Art. 75.1. Radę Kasy Chorych stanowią przedstawiciele sejmików wojewódzkich z obszaru działania regionalnej Kasy Chorych, powołani spośród członków sejmików z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Rada Kasy Chorych nie może liczyć więcej niż 20 członków.
3. 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 1990r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1996r.Nr 11, poz.62, z 1997r. Nr 43 poz.272, Nr 88, poz.554, Nr 107, poz.685,Nr 121 poz.769 i Nr 121 poz.770, Nr 934).”;

70) po art.75 dodaje się art.75a w brzmieniu:

„Art. 75 a.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.

2. Rada Kasy Chorych zbiera się na pierwszym posiedzeniu nie później niż w ciągu 30 dni od dnia powołania.”;

71) 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 zakresie 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 oraz komisji skarg i wniosków,
- 8) uchwalenie regulaminu rady Kasy Chorych,
- 9) podejmowanie uchwał dotyczących majątku Kasy, a zwłaszcza lokowania funduszu rezerwowego Kasy, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla zarządu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości,
- 10) w zakładowej Kasie Chorych - podejmowanie uchwały o rozwiązaniu Kasy Chorych i przeznaczeniu jej majątku,
- 11) wybór przedstawicieli do Krajowego Związku Kas Chorych w zakładowej Kasie Chorych – do zgromadzenia zakładowych Kas Chorych,
- 12) inne zadania zastrzeżone w ustawie i statucie Kasy Chorych do właściwości rady.”;

72) art.77 otrzymuje brzmienie:

„Art. 77.1.Rada Kasy Chorych wybiera spośród swojego składu przewodniczącego, wiceprzewodniczących i sekretarza rady, którzy tworzą prezydium 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. Komisja prowadzi badania poziomu zadowolenia ubezpieczonych z działalności Kasy i otrzymywanych świadczeń zdrowotnych oraz przedkłada dyrektorowi Kasy i radzie Kasy Chorych wnioski dotyczące poprawy działalności Kasy i dostępności świadczeń.”;

73) 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 pełniący jego obowiązki 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.”;

74) 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 bezwzględną większością głosów członków obecnych na posiedzeniu.
  4. Bezwzględna większość głosów ma miejsce wówczas, gdy za kandydatem lub wnioskiem oddana została liczba głosów co najmniej o jeden większa od sumy pozostałych ważnie oddanych głosów.
  5. Protokoły z posiedzeń rady Kasy Chorych są dostępne do wglądu dla ubezpieczonych w Kasie Chorych.”;

75) skreśla się art.80;

76) w art.81 ust.1-3 otrzymują brzmienie:

- „1.Członkowie rady Kasy Chorych za udział w posiedzeniu otrzymują diety, a zamiejscowi – ponadto zwrot kosztów przejazdów i noclegów.
2. Przepis ust.1 stosuje się odpowiednio do członków prezydium rady Kasy Chorych uczestniczących w posiedzeniach prezydium oraz członków komisji skarg i wniosków.
  3. Wysokość diet, o których mowa w ust. 1 i 2, uchwała rada Kasy Chorych.”;

77) art.82 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 82.1. Zarząd Kasy Chorych tworzą dyrektor oraz jego dwóch zastępców. Zarząd Kasy Chorych reprezentuje Kasę na zewnątrz, kieruje działalnością Kasy i decyduje we wszystkich sprawach nie zastrzeżonych do kompetencji rady Kasy. Statut Kasy Chorych określa kompetencje dyrektora Kasy Chorych i jego zastępców.
2. 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) opracowywanie kwartalnych i rocznych sprawozdań z działalności Kasy Chorych oraz kwartalnych i rocznych sprawozdań finansowych,
  - 7) negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie i rozliczanie oraz kontrola ich wykonywania,
  - 8) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie i statucie Kas Chorych,
  - 9) zapewnienie obsługi organizacyjno-technicznej organów Kasy Chorych,
  - 10) przedstawianie radzie Kasy Chorych projektów utworzenia oddziałów Kasy, ich lokalizacji, obszaru i zakresu działania,
  - 11) kierowanie działalnością oddziałów Kasy Chorych,
  - 12) przekazywanie do wiadomości 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.
  - 13) podawanie do publicznej wiadomości za pośrednictwem środków społecznego przekazu, statutu Kasy Chorych, rocznego planu finansowego oraz rocznego sprawozdania finansowego,
  - 14) przygotowanie i przedstawianie radzie Kasy Chorych corocznych prognoz przychodów i kosztów.
  - 15) przygotowywanie i przedstawianie radzie Kasy Chorych projektu planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art.55a.
3. Dyrektor wykonuje za pracodawcę czynności w sprawach z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników biura Kasy Chorych.”;
- 78) 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) monitorowanie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez Kasę Chorych oraz przeprowadzanie lub zlecanie przeprowadzenia kontroli w tym zakresie i przedstawianie wniosków zarządowi Kasy,
  - 2) współpraca z komisją skarg i wniosków w zakresie dotyczącym udzielania świadczeń ,
  - 3) dokonywanie ocen zachorowalności i chorobowości na obszarze regionu i opracowywanie na ich podstawie wytycznych i wskazań do zawierania umów o udzielanie świadczeń.”;

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

„Art.83 a. 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.”;

80) skreśla się art.84 - 88;

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

82) art.107 otrzymuje brzmienie:

„Art. 107.1. Krajowy Związek Kas Chorych zrzesza regionalne i zakładowe 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 Kas Chorych. Przepisy art. 67 stosuje się odpowiednio.”;

83) art. 108 otrzymuje brzmienie:

„Art. 108. Krajowy Związek Kas Chorych reprezentując wspólne interesy Kas Chorych i ubezpieczonych, 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, zapewnienia ich jakości i dostępności oraz mechanizmów ograniczania wzrostu kosztów świadczeń, zasad rozliczeń ze świadczeniodawcami oraz zasad kontroli realizacji umów,
- 2) reprezentuje Kasy Chorych wobec organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego 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, w porozumieniu z Ministrem Finansów, coroczną prognozę przychodów i kosztów wszystkich Kas Chorych oraz Krajowego Związku Kas Chorych dla kolejnych 3 lat oraz prognozę długo terminową,
- 7) opracowuje dokumentację na potrzeby wszystkich Kas Chorych,
- 8) przygotowuje informacje o działalności Kas Chorych dla Sejmu i Senatu oraz dla Ministra Zdrowia : Opieki Społecznej.”;

84) 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.”;

85) art.110 otrzymuje brzmienie:

„Art. 110.1. W skład rady Krajowego Związku Kas Chorych wchodzi przedstawiciele Kas Chorych wyłonieni przez rady Kas.

2. Rada regionalnej Kasy Chorych wybiera ze swego składu przedstawicieli do rady Krajowego Związku Kas w proporcji: jeden przedstawiciel na każde 500 000 członków Kasy.
3. Rada zakładowej Kasy Chorych wybiera ze swego składu jednego przedstawiciela do zgromadzenia zakładowych Kas Chorych, a jeżeli liczba członków Kasy przekracza 500 000 członków, wówczas jednego przedstawiciela na każde rozpoczynające się 500 000 członków Kasy. Zgromadzenie zakładowych Kas Chorych wybiera spośród siebie przedstawicieli do Krajowego Związku Kas Chorych, w proporcji jeden przedstawiciel na każde 500 000 członków zakładowych Kas Chorych.”;

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

87) art.112 otrzymuje brzmienie:

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

88) 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) realizowanie zadań określonych w art. 108,
- 4) opiniowanie aktów prawnych regulujących ubezpieczenie zdrowotne oraz aktów prawnych mających bezpośredni wpływ na funkcjonowanie ubezpieczenia zdrowotnego i występowanie z ewentualnym wnioskiem do właściwego organu o ich zmianę,
- 5) uchwalanie programów działania i planu finansowego oraz przyjmowanie i zatwierdzanie rocznego sprawozdania finansowego i rocznego sprawozdania z wykonania programów działania,
- 6) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i w statucie.”;

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

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

Krajowego Związku Kas Chorych oraz biura Krajowego Związku Kas.

2. Statut Krajowego Związku Kas Chorych wymaga zatwierdzenia przez Urząd Nadzoru.”;

90) 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 żądania przewodniczącemu rady lub pełniącemu jego obowiązki zastępcy przewodniczącego.”;

91) w art.115 w ust.2 skreśla się na końcu kropkę i dodaje się wyrazy „ lub gdy głosowanie dotyczy wyborów przewodniczącego i prezydium rady.”;

92) skreśla się art.116;

93) w art.117 w ust.2 po wyrazie „Kas” przecinek zastępuje się kropką i skreśla się wyrazy „przy czym nie może ona przekraczać w okresie miesiąca kalendarzowego 150% najniższego wynagrodzenia.”;

94) art. 118 otrzymuje brzmienie:

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

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

95) skreśla się art. 119;

96) art.120 otrzymuje brzmienie:

„Art.120. Dyrektor biura Krajowego Związku Kas Chorych wykonuje za pracodawcę czynności z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników biura Krajowego Związku Kas.”;

- 97) skreśla się art.121 - 123;
- 98) tytuł rozdziału 7 otrzymuje brzmienie:  
„ Gospodarka finansowa Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych”;
- 99) art.124 otrzymuje brzmienie:  
„Art. 124.1. Krajowy Związek Kas Chorych oraz Kasy Chorych prowadzą gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.  
2. Oddział Kasy Chorych prowadzi gospodarkę finansową na zasadach wewnętrznego rozrachunku z Kasą.”;
- 100) skreśla się art.125 i 126;
- 101) art.127 otrzymuje brzmienie:  
„Art. 127. Przychodami Kasy Chorych są:  
1) składki na ubezpieczenie zdrowotne,  
2) dochody z lokat,  
3) odsetki za nieterminowe i niezgodne z przepisami opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne,  
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.”;
- 102) art.128 otrzymuje brzmienie:  
„Art. 128.1. Kosztami Kasy Chorych są:  
1) koszty świadczeń dla ubezpieczonych,  
2) koszty administracyjne działalności Kasy Chorych i jej oddziałów, w tym koszty amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, 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 należne ubezpieczonym,  
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. Środki Kasy Chorych są przeznaczone na finansowanie kosztów, o których mowa w ust. 1, oraz inwestycji służących potrzebom Kasy Chorych.”;
- 103) 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 przyjęty przez radę plan zadań. Odpis ten w okresie roku kalendarzowego nie może przekroczyć kwoty 0,05%



rocznych przychodów Kasy Chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne”;

104) art.130 otrzymuje brzmienie:

„Art. 130.1. Kasa Chorych tworzy fundusz rezerwowy.

2. Fundusz rezerwowy Kasy Chorych przeznaczony jest wyłącznie na sfinansowanie deficytu spowodowanego 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.”;

105) 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 z terminowym oprocentowaniem, 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.”;

106) 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, w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa i rentowności przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków.

Art. 131 b.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:
- 1) na okres przejściowy nie dłuższy niż 1 rok, podwyższyć składkę, nie więcej jednak niż do 1% podstawy wymiaru składki, a dla rolnika do 10% kwoty jego składki, przy czym w tym przypadku nie stosuje się przepisów art. 19 ust. 2 i 3,
  - 2) dokonać zmian organizacyjnych w Kasie Chorych.
- Art. 131d.1. Nadwyżka przychodów nad kosztami Kasy Chorych w danym roku może zostać przeznaczona na:
- 1) spłatę pożyczki o której mowa w art. 131b ust. 7,
  - 2) podwyższenie płac lub nagrody dla pracowników Kasy – w części nie przekraczającej 25% nadwyżki,
  - 3) polepszenie jakości świadczeń lub zwiększenie zakresu świadczeń profilaktycznych,
  - 4) inwestycje niezbędne do realizacji zadań Kasy Chorych,
2. O przeznaczeniu nadwyżki decyduje rada Kasy Chorych, podejmując uchwałę.”;
- 107) skreśla się art. 132;
- 108) 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 biur 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.”;
- 109) skreśla się art. 134;
- 110) art. 135 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 135.1. Kasy Chorych uczestniczą w wyrównaniu finansowym dokonywanym między Kasami Chorych ze względu na ich odmienne struktury czyn-

ników ryzyka po stronie przychodów i kosztów, zwanym dalej „wyrównaniem”.

2. Za czynniki ryzyka przyjmuje się:
  - 1) kwotę 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 31 grudnia roku poprzedniego.
3. Algorytm wyrównania uwzględniający czynniki ryzyka wymienione w ust. 1 określi, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Finansów. Urząd Nadzoru oblicza na podstawie tego algorytmu wysokość kwot wyrównania dla poszczególnych Kas Chorych w następnym roku kalendarzowym.
4. W wyrównaniu nie jest uwzględniane 20% przewidywanych przychodów Kas Chorych.
5. Urząd Nadzoru do dnia 10 września zawiadamia Kasy Chorych o kwotach ich udziału w wyrównaniu w następnym roku.
6. Kwoty wyrównania zostają uwzględnione w planach finansowych Kas Chorych na rok następny.
7. 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.
8. Kasa Chorych w przypadku zaległości w przekazywaniu kwot wyrównania finansowego zobowiązana jest do opłacenia odsetek za zwłokę na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. - Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137 poz. 926).
9. Należności z tytułu wyrównania podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.”;

111) po art.135 dodaje się art.135a i 135b w brzmieniu :

„Art. 135a. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Finansów może, w drodze rozporządzenia, uwzględniać w algorytmie wyrównania dalsze czynniki ryzyka, takie jak: płeć, zróżnicowanie grup wiekowych ubezpieczonych, czynniki epidemiologiczne.

Art. 135b.1. Kasa Chorych sporządza coroczną prognozę przychodów i kosztów dla kolejnych 3 lat oraz prognozę długoterminową.

2. Organy administracji rządowej oraz jednostek samorządu terytorialnego, organizacje świadczeniodawców oraz inne instytucje udzielają Kasie Chorych wszelkich informacji koniecznych dla sporządzenia prognoz, o których mowa w ust.1. Kasa Chorych przesyła prognozy do Krajowego Związku Kas Chorych i Urzędu Nadzoru.”;

112) skreśla się art. 136 - 140;

113) 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 i 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).”;

114) po art. 141 dodaje się rozdziały 7a i 7b w brzmieniu:

#### „Rozdział 7 a

##### Zwrot kosztów świadczeń przysługujący Kasie Chorych od innych instytucji

- Art. 141 a.1. Kasa Chorych może dochodzić zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu w związku z leczeniem skutków:
- 1) wypadku przy pracy lub choroby zawodowej - od pracodawcy, jeżeli wypadek przy pracy lub choroba zawodowa powstały z winy umyślnej lub wskutek rażącego niedbalstwa pracodawcy,
  - 2) szkody powstałej w związku z ruchem pojazdu mechanicznego - od zakładu ubezpieczeń lub gdy sprawca szkody nie posiadał ubezpieczenia obowiązkowego – bezpośrednio od sprawcy.
2. Kasa Chorych może dochodzić od Polskiego Biura Ubezpieczeń Komunikacyjnych zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych poszkodowanemu ubezpieczonemu, jeżeli szkoda powstała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w związku z ruchem pojazdu z rejestracją zagraniczną, którego posiadacz dysponuje ważnymi dokumentami ubezpieczeniowymi wystawionymi przez zagraniczne biura ubezpieczeń komunikacyjnych.
3. Zakład ubezpieczeń zwraca udokumentowane koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych poszkodowanemu ubezpieczonemu z tytułu szkody na osobie wyrządzonej w związku z ruchem pojazdu mechanicznego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz wynikającą z nich odpowiedzialnością, jeżeli koszty te powstały w ciągu dwóch lat od dnia zdarzenia wywołującego odpowiedzialność cywilną posiadacza pojazdu mechanicznego powstałą w związku z ruchem tego pojazdu.
4. Zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, nie może przekroczyć wysokości średniego kosztu leczenia w szpitalu na oddziale danej specjalności na obszarze działania tej Kasy Chorych w poprzednim roku kalendarzowym - ogłaszanego przez Kasę Chorych do dnia 30 stycznia każdego roku kalendarzowego.

#### Rozdział 7 b

##### Gromadzenie i ochrona danych

- Art. 141 b. Kasy Chorych są uprawnione do uzyskiwania i rejestrowania danych osobowych osób ubezpieczonych dla celów:
- 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 i zakresu udzielanych świadczeń,

- 5) udzielania pomocy ubezpieczonemu w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia błędu w leczeniu,
- 6) rozliczenia ze świadczeniodawcami,
- 7) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Kasy Chorych,
- 8) kontroli przestrzegania zasady gospodarności.

Art. 141 c.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. 141d. Jeżeli ubezpieczony przenosi się do innej Kasy Chorych, Kasa Chorych, w której był on dotychczas uprawniony do świadczeń, zobowiązana jest przekazać Kasie Chorych aktualnie go ubezpieczającej wszelkie dane niezbędne do kontynuacji ubezpieczenia.

Art. 141 e. Podmioty, o których mowa w art. 141 c oraz 141 d., w zakresie gromadzenia rejestrowania i przetwarzania danych dla celów ubezpieczenia zdrowotnego, podlegają przepisom o ochronie danych osobowych oraz przepisom o zachowaniu w tajemnicy informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu lekarza, pielęgniarki i położnej oraz innych zawodów medycznych.

Art. 141f. Kasa Chorych na żądanie ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach oraz kosztach tych świadczeń.”;

115) tytuł rozdziału 8 otrzymuje brzmienie:

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

116) 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:

- 1) kontrola rzetelności zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych tym ubezpieczeniem,
- 2) kontrola rzetelności 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.”;

- 117) skreśla się art. 143 - 145;
- 118) w art. 146 wyraz „kasie” zastępuje się wyrazami „Kasie Chorych”;
- 119) w art. 147 wyraz „Kasami” zastępuje się wyrazami „Kasami Chorych”;
- 120) art. 150 wyraz „Kasę” zastępuje się wyrazami „Kasę Chorych”;
- 121) tytuł rozdziału 10 otrzymuje brzmienie:

„Nadzór nad realizacją powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”;

- 122) 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 zgłoszony w porozumieniu z Ministrem Finansów.
- 3. Wiceprezesa Urzędu Nadzoru powołuje i odwołuje Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Finansów, na wniosek Prezesa Urzędu Nadzoru.
- 4. Zadaniem Urzędu Nadzoru jest ochrona interesów osoby ubezpieczonej i zapobieganie sytuacji, w której Kasa Chorych nie będzie w stanie zapewnić ubezpieczonemu należnego świadczenia.
- 5. Nadzór nad działalnością Urzędu Nadzoru sprawuje Prezes Rady Ministrów, na podstawie kryterium zgodności z prawem.
- 6. W zakresie funkcji nadzoru Urząd Nadzoru jest niezależny i podlega jedynie ustawom.
- 7. Organizację Urzędu Nadzoru określa statut nadany, w drodze rozporządzenia, przez Prezesa Rady Ministrów.

- 123) 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 osobami współpracującymi z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z Kasami Chorych na udzielanie 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 wynagradzania tych pracowników, z uwzględnieniem poziomu płac w Państwowym Urzędzie Nadzoru Ubezpieczeń.
- 4. Urząd Nadzoru sprawuje nadzór na podstawie kryterium legalności nad działalnością:
  - 1) Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych.
  - 2) organizacji świadczeniodawców o ile takie zostaną utworzone, oraz 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, na podstawie kryterium legalności, w tym kryteriów 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, 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 oznaczonym 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, 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 nie usunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie oraz nie wywiązywania się z zadań ustawowych w zakresie zapewniania ubezpieczonym należnych świadczeń.

art. 151c.1. Urząd Nadzoru może przeprowadzić w każdym czasie kontrole działalności i stanu majątkowego Kasy Chorych i innych podmiotów wymienionych w art. 151a ust.4.

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 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:

- 1) wobec Kas Chorych:
    - a) nakładać na członka zarządu Kasy Chorych karę 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 z wnioskiem do właściwego organu Kasy Chorych o zawieszenie w czynnościach członka zarządu do czasu rozpatrzenia wniosku o jego odwołanie,
    - d) ustanawiać zarząd komisaryczny.
  - 2) wobec Krajowego Związku Kas Chorych:
    - a) nakładać kary pieniężne na dyrektora biura, w wysokości określonej w pkt 1lit.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,
  - 3) wobec świadczeniodawców lub ich organizacji:
    - a) nakładać kary pieniężne do wysokości 5% kwoty przewidzianej w umowie z Kasą Chorych za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w okresie danego roku,
    - b) wystąpić do właściwego organu organizacji świadczeniodawców o odwołanie członków zarządu i powołanie nowego zarządu.
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.
  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.69b ust.4 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 Urzędu Nadzoru służy skarga do Naczelnego Sądu Administracyjnego.

art.151f.1. Zarząd komisaryczny Kasy Chorych ustanowiony przez Urząd Nadzoru może być powołany na okres nie krótszy niż 6 miesięcy i nie dłuższy niż 1 rok.

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 decyzja o ustanowieniu zarządu. Koszty działalności zarządu komisarycznego obciążają Kasę Chorych.
7. Ustanowienie zarządu komisarycznego podlega zgłoszeniu do rejestru, o którym mowa w art.67ust.1.”;

124) skreśla się art. 152 i 153;

125) art. 154 otrzymuje brzmienie:

„Art. 154. Przewodniczący rady Krajowego Związku Kas Chorych przedstawia corocznie Sejmowi i Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do końca czerwca roku następnego, sprawozdanie z działalności Kas Chorych. Prezes Urzędu Nadzoru ustosunkowuje się do tego sprawozdania.”;

126) 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,
- podlega karze grzywny do 5.000zł.”;

127) skreśla się art. 162;

128) w art. 165:

1) 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. z 1997 r. Nr 90, poz. 557 i Nr 160, poz. 1083),”;

2) 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.”;

129) 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.”;

130) w art. 167:

1) 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.”;

2) 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. 169 b i przedstawia go do zatwierdzenia Radzie Ministrów,

2) powołuje i odwołuje Komisarzy regionalnych Kas Chorych zwanych dalej „komisarzami”,

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.”;

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

„Art. 167 a.1. Do zadań komisarza należy zorganizowanie regionalnej Kasy Chorych. W tym celu komisarz, 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 komisarz 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. Komisarz kończy swoją działalność w dniu pierwszego posiedzenia zarządu powołanego przez radę regionalnej Kasy Chorych.

Art. 167 b. Pracownicy zatrudnieni przez Pełnomocnika lub komisarza organizujący regionalne Kasy Chorych, z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami właściwej regionalnej Kasy Chorych.”;

132) skreśla się art. 168;

133) po art. 168 dodaje się art. 168a i 168b w brzmieniu:

„Art. 168 a. Prezes Rady Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej zgłaszany w porozumieniu z Ministrem Finansów powołuje do

dnia 31 lipca 1998 r. Prezesa Urzędu Nadzoru, który zorganizuje ten Urząd.

- Art. 168 b.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 października 1998r.
  3. Kasa Chorych od dnia rozpoczęcia działalności przejmuje finansowanie i zapewnia kontynuację świadczeń zdrowotnych zleconych ubezpieczonym przed tym dniem w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.”;

134) art. 169 otrzymuje brzmienie:

„Art. 169. Komisarz przed dniem rozpoczęcia działalności Kasy Chorych zawiera na okres 1 roku umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 stycznia 1999 r.:

- 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.”;

135) po art. 169 dodaje się art. 169a – 169f w brzmieniu:

„Art. 169 a. Komisarz 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.

Art. 169 b. Zasady zawierania umów ze świadczeniodawcami na okres pierwszego roku działalności Kasy Chorych określi Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, w drodze rozporządzenia, uwzględniając konieczność zachowania ciągłości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez zakłady opieki zdrowotnej.

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

- 1) działalności Pełnomocnika i biura Pełnomocnika,
- 2) działalności komisarzy,
- 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 1998r.
- 7) dotacji w wysokości przewidywanych przychodów Kas Chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w okresie pierwszych 6 tygodni działalności, z uwzględnieniem przeprowadzenia wyrównania, o którym mowa w art. 135,

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

Art. 169e.1. Wprowadzenie składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne od 1999r. zostanie skompensowane:

- 1) dla podatników podatku dochodowego od osób fizycznych opodatkowanych według skali podatkowej – poprzez obniżenie stawek podatku określonych w art.27 ustawy z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 1993r. Nr 90, poz. 416 i Nr 134, poz. 646, z 1994r. Nr 43, poz. 163, Nr 90, poz. 419, Nr 113, poz. 547, Nr 123, poz. 602 i Nr 126, poz. 626, z 1995r. Nr 5, poz. 25 i Nr 133, poz. 654, z 1996r. Nr 25, poz.113, Nr 87, poz.395, Nr 137, poz.638, Nr 147, poz. 686 i Nr 156, poz.776 oraz 1997r. 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.)
- 2) dla podatników opłacających podatek dochodowy od osób fizycznych, z tytułu działalności gospodarczej i przychodów osób duchownych, w formach zryczałtowanych – poprzez określenie w odrębnych przepisach odpowiednio obniżonych stawek zryczałtowych.

2. Zmiany w podatku dochodowym, o których mowa w ust. 1 i 2, nie mogą spowodować zmniejszenia dochodów gmin.

Art. 169 f. 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 o zmianie zakresu działania niektórych miast oraz o miejskich strefach usług publicznych z dnia 24 listopada 1995r. (Dz.U. z 1997r. Nr 36, poz.224, Nr 123, poz.720 i Nr 162, poz.1120).”;

136)w art. 170 po pkt 30 dodaje się pkt 31-39 w brzmieniu:

- 31) art. 13 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),
- 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),
- 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),
- 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 Baptystycznych

- stów w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 97, poz. 480, z 1997 r. Nr 90, poz. 557),
- 35) art. 13 ust. 3, art. 15 ust. 2 i 3 pkt 1 ustawy z dnia 30 czerwca 1995r. o stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 95, poz. 481, z 1997 r. Nr 90, poz. 557),
- 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),
- 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, z 1997 r. Nr 90, poz. 557)
- 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, z 1997 r. Nr 90, poz. 557),
- 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, z 1997 r. Nr 90, poz. 557).”;

#### Art. 2.

W rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934r. – Prawo upadłościowe (Dz. U. z 1991r. Nr 118, poz.512, z 1994r. Nr 1, poz.1, z 1995r.Nr 85,poz.426, z 1996r. Nr 6, poz.43, Nr 43, poz. 189, Nr 106,poz.496 i Nr 149,poz.703 oraz z 1997r. Nr 28, poz.153, Nr 54 poz.349, Nr 117 poz.751 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 marca 1985r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U Nr 12, poz. 49, z 1989 Nr 35, poz.192, z 1990r.Nr 7, poz.25, z 1992r. Nr 33, poz.144 z 1995r. Nr 130, poz.629, Nr 141, poz.692, z 1996r. Nr 106, poz.496 i Nr 156, poz.773, z 1997r. Nr 60, poz.369 i Nr 107, poz.684) w art.15 na końcu ust.1 w miejsce kropki wstawić przecinek i dodać wyrazy „finansowanym z budżetu państwa”.

#### Art.4.

W ustawie z dnia 25 lipca 1985r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (Dz.U z 1991r. 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, z 1997 r. Nr 43, poz.272, Nr 75, poz.467 i poz.469, Nr 104, poz.661 oraz Nr 121, poz.769 i poz.770) w art.36:

- 1) po ust.2 dodaje się ust.2a w brzmieniu:  
„ Działalność o której mowa w ust.1 pkt 6 jest finansowana z budżetu państwa.”
- 2) w ust.3 po wyrazach: „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określa” dodaje się wyrazy „w drodze rozporządzenia” oraz po wyrazach „ochrony zdrowia” dodaje się przecinek i wyrazy „z określeniem zasad finansowania tej działalności z budżetu państwa”;

#### Art. 5.

W ustawie z dnia 29 listopada 1990r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 1993r. Nr 13 poz.60, z 1994r. Nr 62, poz. 265, z 1996r. Nr 100, poz.459 i Nr 147, poz. 687 oraz z

1997r. Nr 28, poz. 153, Nr 93, poz. 569 i Nr 104, poz. 661.) 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. 6

W ustawie z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 1998r. Nr 7 poz.25) 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 „obejmujące 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. 7

W ustawie z dnia 26 lipca 1991r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U z 1993r. Nr 90, poz.416 i Nr 134, poz.646, z 1994r. Nr 43, poz.163, Nr 90, poz.419, Nr 113, poz. 547, Nr 123, poz. 602 i Nr 126, poz. 626, z 1995r. Nr 5, poz. 25 i Nr 133, poz. 654, z 1996r. Nr 25, poz.113, Nr 87, poz.395, Nr 137, poz.638, Nr 147, poz. 686 i Nr 156, poz.776 oraz 1997r.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.) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) skreśla się art. 27b,
- 2) w art.30 ust. 4 skreśla się pkt.2,
- 3) w art.32 skreśla się ust. 3b
- 4) w art.33 skreśla się ust 3a
- 5) w art.34 skreśla się ust.4a oraz w ust.9 skreśla się wyrazy „obniżony o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez organ rentowy zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”
- 6) w art. 35 skreśla się ust.9
- 7) w art.37 w ust.1 skreśla się wyrazy „ obniżony przez płatnika o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”,
- 8) w art.38 w ust.1 skreśla się wyrazy „ kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a także”,
- 9) w art.39 w ust.1 w zdaniu pierwszym skreśla się wyrazy „ składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez płatnika, a także”,
- 10) w art.41 skreśla się ust.1a,
- 11) w art.42 w ust.3 skreśla się wyrazy „ składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez płatnika, a także o „

12) w art.43 w ust.4 skreśla się wyrazy „ obniżone o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaconej w tym miesiącu zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”,

13) w art.44 skreśla się ust.3b.

#### Art. 8.

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U Nr 91, poz.408, z 1992r. Nr 63, poz. 315, z 1994r. Nr 121, poz.591, z 1995r. Nr 138, poz.682, z 1996r. Nr 24, poz. 110, z 1997r. Nr 104, poz. 661) 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.9.

W ustawie z dnia 15 lutego 1992r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 1993r. Nr 106, poz. 482 i Nr 134, poz.646, z 1994r. 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 127, poz. 627, z 1995 Nr 5, poz.25, Nr 86, poz.433, Nr 96, poz.478, Nr 133, poz.654 i Nr 142, poz.704, z 1996 Nr 25, poz. 113, Nr 34, poz. 146, Nr 90, poz.405, Nr 137, poz.639 i Nr 147, poz. 686 oraz z 1997r. 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 141 poz.945 ) w art.17 w ust.1:

1) pkt 4p. otrzymuje brzmienie:

„4p) dochodami Krajowego Związku Kas Chorych i Kas Chorych w części przeznaczonej na cele statutowe, z wyjątkiem dochodów przeznaczonych na podwyższenie płac lub nagrody pracowników Kas Chorych”,

2) pkt 27 otrzymuje brzmienie:

„27) dochody z lokat zwiększające fundusz rezerwowy Krajowego Związku Kas Chorych oraz Kas Chorych o którym mowa w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,”

#### Art.10.

W ustawie z dnia 23 grudnia 1994r. o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. z 1995r. Nr 34, poz. 163, z 1996r. Nr 106 poz. 496 i Nr 139 poz. 647 oraz z 1997r. 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.11.

W ustawie z dnia 22 sierpnia 1997r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. Nr 106, poz.681) w art.23 na końcu ust.1 w miejsce kropki wstawić przecinek i dodać wyrazy: „finansowanymi z budżetu państwa.”;

#### Art.12.

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



Art. 13.

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

- 1) art. 56, 166, 167, 167a, 168a, 169b, i 169c, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia niniejszej ustawy,
- 2) art. 16, 18, art. 21 ust. 3, art. 26 ust. 6, art. 168b ust. 2, art. 169 i 169a, które wchodzi w życie z dniem 1 września 1998 r.,
- 3) art. 54 i 55a, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 1999 r.,
- 4) art. 4a i art. 141a, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2002 r.”.

## UZASADNIENIE

Niewątpliwą zaletą ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. jest formalne wprowadzenie w Polsce systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Za podstawowe wady tej ustawy uznano: nadmierne scentralizowanie systemu, powiązanie go na stałe z budżetem państwa i ustawą budżetową, tworzenie funduszy centralnych z uznaniowym rozdzielnictwem, niejasne rozgraniczenie kompetencji między oddziałami rejonowymi, a Kasą regionalną, oraz między dyrektorem Kasy a lekarzem naczelnym – brak zapisów zabezpieczających działalność Kasy w razie powstania nierównowagi finansowej oraz brak wyspecjalizowanej instytucji nadzoru przy rozdzieleniu funkcji kontroli i nadzoru między kilka podmiotów.

Mając na celu zmianę zapisów budzących powyższe zastrzeżenia, podjęto nowelizację obowiązującej ustawy. Pomimo, iż nowelizacja ta jest dość szeroka, uznano za zasadne utrzymanie w mocy ustawy z dnia 6 lutego 1997 r., jako przełomowej dla organizacji opieki zdrowotnej, zwłaszcza że jej podstawowe założenie zostaje zachowane, a jedynie część rozwiązań podlega istotnej korekcie.

W projekcie nowelizacji w art. 1a-4 zawarto ogólne zasady funkcjonowania systemu. Nazwę „kasa powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego” zastąpiono prostszą i zgodną z tradycją okresu międzywojennego nazwą „Kasa Chorych”.

Wprowadzenie w art. 4a, po trzech latach od dnia wejścia w życie ustawy możliwości realizowania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego przez inną niż Kasa Chorych, prywatną instytucję ubezpieczenia zdrowotnego, ma na celu ograniczenie monopolu Kas Chorych i dopuszczenie konkurencji w interesie ubezpieczonych. Zapewnienie przez te instytucje osobom ubezpieczonym porównywalnych z Kasami Chorych warunków, w tym nie mniejszego zakresu świadczeń zdrowotnych, zapobiegnie wybiórczemu przejmowaniu przez nie osób o niskim poziomie ryzyka ubezpieczenia.

W nowelizacji ustawy zawarto następujące zmiany:

- I. Pobór i ewidencjonowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne wykonywane będzie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, a nie przez Kasę Chorych /art. 26,26a i 27/. Uznano, że wobec planowanego wprowadzenia kompleksowej reformy systemu ubezpieczeń społecznych od dnia 1 stycznia 1999r., właściwym rozwiązaniem będzie pobieranie składek na wszystkie rodzaje tego ubezpieczenia (emerytalno-rentowe, zdrowotne, chorobowe, od wypadków przy pracy i chorób zawodowych) przez jedną instytucję i ten sam aparat poboru oraz kontroli opłacania składki, przy wspólnym oprogramowaniu

i tej samej podstawie naliczania składki. Takie rozwiązanie jest najbardziej ekonomiczne, ułatwi też w przyszłości przejście przez ubezpieczenie zdrowotne wypłaty zasiłków chorobowych.

Biorąc powyższe pod uwagę ustalono, że od dnia 1 stycznia 1999 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, rozpocznie zbieranie i kontrolę opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, co znajdzie odzwierciedlenie w przygotowywanym obecnie oprogramowaniu informatycznym.

Analogicznie, składkę rolnika na ubezpieczenie zdrowotne od 1 stycznia 1999 r. zbierać będzie Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Obie te instytucje zobowiązane zostały do niezwłocznego przekazywania Kasie Chorych zebranych składek wraz z należnymi odsetkami, jak również do gromadzenia i udostępniania wszelkich danych o ubezpieczonym i opłacanej przez niego składce, koniecznych do realizacji ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z tym założeniem, nie wymagały zmiany, jedynie zostały uzupełnione, zapisy art. 11-16 oraz 21-25 odnoszące się do ustaw o ubezpieczeniu społecznym, określające, kiedy powstaje obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego, jakie są zasady zgłaszania osób do ubezpieczenia, podstawa wymiaru i zasady naliczania oraz opłacania składki, jak również krąg osób obowiązkowo ubezpieczonych, o których mowa w art. 8. Osoby nie wymienione w art. 8, na przykład utrzymujące się z odsetek od kapitałów, ze spadków, z czynszów z najmu i dzierżawy, mogą ubezpieczać się dobrowolnie - w nowelizacji podwyższono podstawę wymiaru ich składki do wysokości przeciętnego wynagrodzenia /art. 9/.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego otrzymywać będą zwrot kosztów ich działalności na rzecz powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego /art. 26a/.

II. Zmieniono zasadę ubezpieczenia cudzoziemców - obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego objęto obcokrajowców posiadających kartę stałego pobytu, pozostali nie mogą ubezpieczać się w Kasie Chorych, chyba że umowy międzynarodowe stanowią inaczej. Chodzi o to, by zapobiegać uzyskiwaniu kosztownych świadczeń zdrowotnych przez obcokrajowca w ramach składki opłacanej jedynie przez krótki okres czasu /art. 10/.

III. Określenie wysokości składki i sposobu jej kompensaty:

Za podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne przyjęto, zgodnie z aktualnie obowiązującą ustawą, podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, a dla osób nie opłacających tych składek - dochód ubezpieczonego. Zapisy w obowiązującej ustawie jedynie uzupełniono /art. 20-22/.

W zasadniczy sposób zmieniono składkę rolnika /art. 20/, określając jej wysokość na poziomie porównywalnym do składki pozostałych osób objętych ubezpieczeniem. Zachowując tę samą zasadę naliczania składki rolnika, składkę roczną przyjęto jako składkę miesięczną. Zapis w ustawie z 6 lutego 1997r., określający składkę rolnika na wielokrotnie niższym poziomie niż składki pozostałych osób objętych ubezpieczeniem, nie miał racjonalnego uzasadnienia, dyskryminował rolnika czyniąc z niego najuboższego członka Kasy i powodował, że regionalna Kasa Chorych, obejmująca tereny rolnicze, posiadała z założenia gorszą sytuację finansową niż pozostałe Kasy Chorych. Art. 20 uzupełniono definiując również składkę domownika rolnika oraz składkę rolnika nie objętego ubezpieczeniem społecznym rolników, posiadającego gospodarstwo o powierzchni do 1 ha użytków rolnych.

W projekcie nowelizowanej ustawy /art. 19/ wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 7,5 % podstawy jej wymiaru, określonego w art. 21-22. Uzasadnienie takiego wyliczenia wysokości składki, jak również skutków wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych dla budżetu państwa przedstawiono w dalszej części.

Wprowadzenie składki na ubezpieczenie zdrowotne podlega kompensacie. Z dniem wprowadzenia składki to jest od 1 stycznia 1999 r. zostaną, zgodnie z zapisem art. 169e odpowiednio obniżone stopy podatku dochodowego od osób fizycznych w drodze nowelizacji ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Taki sposób kompensaty składki uniezależnia ją od budżetu państwa i corocznej ustawy budżetowej.

W przepisach przejściowych założono /art. 169d/, że po roku obowiązywania ustawy Rada Ministrów przedstawi Sejmowi sprawozdanie z wykonania ustawy wraz z ewentualnymi wnioskami dotyczącymi zmiany wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Do dnia 31 grudnia 2001 r. zmiana wysokości składki może nastąpić w drodze ustawy /z zastrzeżeniem art. 131c/.

Od dnia 1 stycznia 2002 r. decyzję o zmianie wysokości składki podejmują członkowie Kasy Chorych w drodze głosowania w referendum /art. 19/.

W rozdziale „Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego” /art. 31-52/ określono świadczenia przysługujące i nie przysługujące ubezpieczonemu w Kasie Chorych /art.31a/, wpisano zobowiązanie Kasy Chorych do prowadzenia promocji zdrowia i profilaktyki, zasady finansowania programów profilaktycznych oraz możliwość promowania przez Kasę Chorych zachowań prozdrowotnych ubezpieczonego /art. 31b/, określono zasady wnoszenia dopłat, czyli udziału własnego ubezpieczonego w kosztach niektórych świadczeń zdrowotnych. Skreślono zapisy o wno-

szeniu dopłat przez ubezpieczonego za pobyt w szpitalu. Uznano, że zapisy te stwarzały nierówność w dostępie do świadczeń i rodziły więcej niezadowolonia niż mogłyby dać efektów ekonomicznych.

Ubezpieczony ma prawo /art. 60/ wolnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub rodzinnego z pośród lekarzy współpracujących z Kasą Chorych a po otrzymaniu skierowania – również lekarza specjalisty, laboratorium analitycznego, szpitala. Ma także prawo do wyboru Kasy Chorych regionalnej lub zakładowej, a po trzech latach funkcjonowania systemu również innej prywatnej instytucji ubezpieczenia dopuszczonej do realizacji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego /art. 4a/.

Dostęp do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz – na podstawie skierowania - do szpitala i lekarza specjalisty pozostanie bez dodatkowych opłat. Opłaty będzie wnosił ubezpieczony przy braku skierowania, gdy zechce zmienić wybranego przez siebie lekarza częściej niż raz na pół roku bez zgody Kasy Chorych, gdy wybierze szpital z wyższego poziomu referencyjnego niż właściwy dla leczenia jego schorzenia /art. 31c, art. 58/.

Kasy Chorych nie będą finansować świadczeń ponadstandardowych, których wykaz określi Minister Zdrowia i Opieki Społecznej np. oddzielnego pokoju w szpitalu, zabiegów kosmetycznych i chirurgii plastycznej itp. Te świadczenia ubezpieczony sfinansuje sam. Kasy Chorych nie będą również finansować wysokospecjalistycznych, kosztownych i rzadkich procedur medycznych jak np. przeszczepu serca. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ogłosi w drodze rozporządzenia wykaz tych procedur. Będą one finansowane z wydzielonych na ten cel środków w budżecie państwa /art. 31a/.

Skreślono praktycznie niewykonalny zapis zobowiązujący ubezpieczonego do comiesięcznego potwierdzania w karcie ubezpieczenia faktu opłacenia składki /art.51/. Kasa Chorych będzie sama uzyskiwać te informacje o każdym ubezpieczonym od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Instytucje te, jako dokonujące poboru składki zobowiązane będą do kontroli i egzekwowania terminowego opłacania składek na ubezpieczenia zdrowotne oraz udzielania Kasie Chorych koniecznych informacji.

- IV. Udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, zgodnie z obowiązującą ustawą odbywać się będzie na podstawie umowy zawartej między Kasą Chorych a świadczeniodawcą, po przeprowadzeniu konkursu ofert /art. 53-54/. W nowelizacji uszczegółowiono i rozszerzono te zapisy.

W art. 54a zwolniono Kasy Chorych z obowiązku przestrzegania przepisów o zamówieniach publicznych przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

W art. 55a zlecono natomiast uwzględnianie planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przy zawieraniu umów.

Bardziej szczegółowo określono, co powinny zawierać umowy /art. 53/, w szczególności zobowiązano Kasy Chorych do przestrzegania zasady zrównoważenia budżetu Kasy Chorych.

Zgodnie z art. 56 przy zawieraniu umów na świadczenia ambulatoryjne, Kasy Chorych nie będą zawierać umów „podwójnych” - to znaczy, że jeśli lekarz jest zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej, który zawarł z Kasą Chorych umowę na udzielanie świadczeń, to Kasa ta nie zawrze umowy z tym lekarzem na udzielanie świadczeń w indywidualnej lub grupowej praktyce prywatnej. Chodzi o to, by jeden lekarz nie udzielał świadczeń w oparciu o kilka kontraktów zawartych z tą samą Kasą Chorych. Lekarz będzie mógł natomiast zawrzeć kontrakty z różnymi Kasami Chorych.

Kasy Chorych będą zawierać umowy z publicznymi samodzielnymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej został zobligowany do ogłoszenia, w drodze rozporządzenia, Krajowej Sieci Szpitali, zgodnej z zapotrzebowaniem na usługi szpitalne /art. 57 ust. 3/. Rozporządzenie powinno uwzględnić poziom referencyjny szpitali, zależny od zakresu i rodzaju udzielanych w tym szpitalu świadczeń zdrowotnych. Kasa Chorych będzie uprawniona do rozwiązania umowy ze szpitalem, który nie dotrzymuje warunków umowy, działa niegospodarnie lub nie ma zapotrzebowania na jego usługi. W ten naturalny sposób wyeliminowane zostaną stopniowo szpitale lub oddziały, na które faktycznie nie ma zapotrzebowania. Nastąpi ich przekształcenie np. w zakłady opiekuńczo-lecznicze.

Zgodnie z art. 169 w pierwszym roku działalności Kasy Chorych zawierają umowy ze wszystkimi lekarzami mającymi warunki i wolę prowadzenia prywatnej praktyki oraz ze wszystkimi szpitalami i przychodniami, poradniami i ośrodkami wiejskimi, o ile się usamodzielnią. Oznacza to, że do końca 1998 roku placówki służby zdrowia powinny przekształcać się z jednostki budżetowej w tzw. samodzielny zakład opieki zdrowotnej - posiadający osobowość prawną. W związku z tym, że do zakończenia roku pozostało tylko kilka miesięcy a dotychczas usamodzielniało się mniej niż połowa zakładów wprowadzono art. 169 b, w którym zobowiązano Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej do określenia zasad zawierania umów ze świadczeniodawcami w pierwszym roku działania Kas Chorych. Po roku umowy będą zawierane w oparciu o konkurs ofert, w którym zostanie również uwzględniony stopień zapotrzebowania w okresie pierwszego roku na usługi danego świadczeniodawcy.

W art. 35 ust. 2 wprowadzono zapis umożliwiający lekarzowi, najczęściej emerytowi, nie będącemu lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, wypisywanie refundowanych recept dla siebie i członków rodziny w linii prostej, jeśli Kasa Chorych wyrazi na to zgodę i określi warunki. Przy nadzorze Kasy Chorych takie rozwiązanie może być korzystne, gdyż uniknie się kosztów wizyty jednego lekarza u drugiego, w celu uzyskania recepty.

- V. Nowelizacja wprowadza dość znaczne zmiany w zakresie organizacji Kas Chorych. W obowiązującej ustawie nastąpiło z jednej strony scentralizowanie władzy w Krajowym Związku Kas, z drugiej strony jej rozproszenie w oddziałach rejonowych, posiadających własne zgromadzenia ubezpieczonych. Brak wyraźnego rozgraniczenia kompetencji między oddziałami rejonowymi a regionalną Kasą utrudniłby sprawne zarządzanie. Nowelizacja wprowadza zapisy czyniące regionalną Kasę Chorych centralną instytucją systemu, samorządną, podległą jedynie przepisom ustawy i statutu oraz nadzorowi Urzędu Nadzoru. Oddziały Kasy pełnić będą wyłącznie rolę biur terenowych, natomiast Krajowy Związek Kas Chorych /art. 107-120/ ma wspierać Kasy Chorych w realizacji ich zadań, bez uprawnień władczych i kontrolnych, nie będzie też zarządzać żadnymi funduszami.

W radach Kasy Chorych nastąpi oddzielenie funkcji płatnika od świadczeniodawców. Rada Kasy Chorych złożona będzie z wybranych członków sejmików wojewódzkich z obszaru działania regionalnej Kasy Chorych, z wyłączeniem pracowników Kasy, świadczeniodawców, właścicieli zakładów opieki zdrowotnej oraz innych osób o których mowa w art. 75 ust. 3.

Odmiennie usytuowano branżowe Kasy Chorych. Według obowiązującej ustawy, branżową Kasę tworzy Rada Ministrów, która określa zakres działania, organizację i uprawnienia tej Kasy. Nowelizacja ustawy zezwala na tworzenie zakładowych lub międzyzakładowych - branżowych Kas Chorych, liczących co najmniej 500 tys. członków, w tym również Kas Chorych Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Przedsiębiorstwa Państwowego PKP. Kasy te będą tworzone wyłącznie z woli przyszłych ich członków i przez nich organizowane, za zgodą Urzędu Nadzoru. Organizację i zasady funkcjonowania Kas zakładowych /branżowych/, podobnie jak Kas regionalnych, określa ustawa. Kasy zakładowe zobowiązane są przyjmować w skład swych członków, obok pracowników, również emerytów i rencistów zakładu pracy, na ich wniosek. Kasy te uczestniczą w wyrównaniu finansowym czynników ryzyka między Kasami Chorych /art. 135/, co zapobiegnie ewentualnym skutkom przechodzenia do zakładowych Kas osób o niskim poziomie ryzyka. Kasy zakładowe będą mogły podlegać li-

kwidacji na podstawie decyzji Rady Kasy lub z postanowienia Urzędu Nadzoru, o ile nie będą realizować zadań ustawowych.

W nowelizacji ustawy określono funkcje Zarządu Kasy Chorych, złożonego z Dyrektora i jego dwóch zastępców, w tym zastępcy dyrektora do spraw medycznych, lekarza, w miejsce lekarza naczelnego Kasy, którego zakres kompetencji w odniesieniu do dyrektora Kasy w obowiązującej ustawie nie został wyraźnie rozgraniczony.

Zniesiono zapisy o komisji rewizyjnej Kasy, zakładając iż statut określa zasady kontroli wewnętrznej Kasy Chorych. Jednocześnie wobec znacznych uprawnień nadzoru i kontroli Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz konieczności przeprowadzania corocznie audytu /art. 141/ tworzenie oddzielnej komisji rewizyjnej wydaje się nieuzasadnione.

Nowelizacja ustawy zleca natomiast utworzenie w Radzie Kasy Chorych komisji Skarg i Wniosków, rozpatrującej zażalenia na działalność Kasy Chorych lub świadczeniodawców, zobowiązanej ponadto do przedstawiania wniosków dotyczących poprawy tej działalności oraz do badania stopnia satysfakcji osób ubezpieczonych.

- VI. Zmiany wprowadzono również w zakresie przepisów o gospodarce finansowej Kasy /art. 124-141/. Określono maksymalny poziom funduszu rezerwowego Kasy. Skreślono wszystkie zapisy dotyczące tworzenia centralnych funduszy rozdzielanych w formie dotacji wyrównawczych i dodatkowych dotacji dla Kas, w oparciu o nieokreślone, a więc uznaniowe kryteria. W miejsce tych scentralizowanych funduszy, wprowadzono mechanizm wyrównania finansowego, wynikający z różnego rozkładu czynników ryzyka między Kasami Chorych, oparty o określone w ustawie kryteria i nadzorowany przez Urząd Nadzoru /art. 135/.

Określono również zasady podziału nadwyżki przychodów nad kosztami Kasy Chorych, gdyby taka nadwyżka powstała /art. 131d/.

Nowością jest wprowadzenie w art. 141a możliwości zwrotu Kasie Chorych kosztów leczenia w następstwie wypadku przy pracy lub choroby zawodowej, zawinionych przez pracodawcę lub w następstwie wypadku komunikacyjnego osoby ubezpieczonej /przepis wchodzi w życie od 1 stycznia 2002r./.

- VII. Zmieniono zasady nadzoru nad prawidłowym funkcjonowaniem systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W miejsce podzielonych między Regionalne Izby Obrachunkowe, Naczelną Izbę Kontroli i Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej uprawnień kontrolnych, wprowadzono wyspecjalizowany państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, realizujący funkcję nadzoru wobec Kas Chorych i Związku Krajowego Kas Chorych, świadczeniodawców i ich organizacji o ile takie powstaną.



Określono uprawnienia i zadania Urzędu Nadzoru oraz zasady i tryb egzekwowania jego zaleceń /art. 151-151f/, a także zasady ustanawiania i uprawnienia Zarządu Komisarycznego Kas Chorych /art. 151f oraz 131c/. Zadaniem Urzędu Nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczonych i niedopuszczanie do sytuacji, w której Kasa Chorych nie byłaby w stanie zapewnić należnych im świadczeń zdrowotnych.

VIII. W rozdziale „Zmiany w przepisach obowiązujących” /art. 157-165/ dostosowano te zmiany do rozwiązań proponowanych w nowelizacji.

IX. W nowelizowanej ustawie określono szczegółowo zadania Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego i zakres jego kompetencji /art.167/, zadania komisarzy organizujących regionalne Kasy Chorych, termin powołania Urzędu Nadzoru, zadania związane z wprowadzeniem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowane z budżetu państwa /art. 169c/.

Utrzymano termin wejścia w życie ustawy z dniem 1 stycznia 1999 roku.

## SYMULACJA SKUTKÓW FINANSOWYCH WPROWADZENIA POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO – KASY CHORYCH

I. Wprowadzenie z dniem 1 stycznia 1999 roku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego spowoduje zmianę systemu finansowania ochrony zdrowia z budżetowego na ubezpieczeniowo - budżetowy. Tak więc większość zadań przejmą do sfinansowania Kasy Chorych, część zaś zadań pozostanie nadal w gestii państwa i będzie finansowana z budżetu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej (ok. 20%). Podział zadań przedstawia się następująco:

1) Założono, iż finansowaniem przez Kasy Chorych zostaną objęte świadczenia, które w chwili obecnej są finansowane z budżetów wojewodów, (lecznictwo otwarte, szpitale, refundacje leków, sanatoria...), wydatki na ochronę zdrowia tzw. „dużych miast”, wydatki rozdz. 8511 na jednostki centralnego podporządkowania Ministra Zdrowia – w tym Śląski Ośrodek Kardiologii, Szpital Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej, wydatki na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpitale kliniczne. Finansowaniem przez Kasy Chorych zostaną także objęte wydatki na leczenie ubezpieczonych w ramach działalności klinicznej Instytutów Naukowo-Badawczych (80% dotychczasowych kosztów), koszty pomocy doraźnej i działalności usługowej pogotowia ratunkowego i kolumn transportu sanitarnego (80% dotychczasowych kosztów), oraz koszty kolejowej służby zdrowia.

W sumie łączna kwota wydatków przeznaczonych do sfinansowania przez Kasy Chorych wyniesie **18.214.740 tys. zł** (w warunkach roku 1998).

2) Po wyłączeniu z budżetu państwa wydatków na świadczenia zdrowotne przejęte przez Kasy Chorych, nadal pozostaną w nim środki na sfinansowanie zadań, za które będzie odpowiadać państwo.

Do finansowania z budżetu zaliczono wydatki związane z inwestycjami centralnymi (szpitale w budowie), wydatki na profilaktyczne domy zdrowia, zakłady rehabilitacji zawodowej inwalidów, stacje krwiodawstwa i stacje sanitarno-epidemiologiczne, zespoły metodyczne opieki zdrowotnej, stowarzyszenia ochrony zdrowia, zapobieganie AIDS, zwalczanie narkomanii i przeciwdziałanie alkoholizmowi, programy polityki zdrowotnej i wybrane procedury wysokospecjalistyczne oraz działalność Agencji Rezerw Artykułów Sanitarnych. Ponadto z budżetu państwa będzie dofinansowana działalność kliniczna Instytutów Naukowo-Badawczych w ramach realizacji priorytetowych programów polityki zdrowotnej związanych z Narodowym Programem Zdrowia (20% dotychczasowych kosztów), oraz działalności pogotowia ratunkowego i kolumn transportu sanitarnego w ramach ratownictwa medycznego (20% dotychczasowych kosztów).

W sumie łączna kwota wydatków przeznaczonych do sfinansowania z budżetu państwa wyniesie **3.831.500 tys. zł** (w warunkach roku 1998).

## II. PRZYCHODY KAS CHORYCH:

- 1) Nakłady finansowe na ochronę zdrowia wg ustawy budżetowej 1998r. wynoszą **22,04 mld zł**.  
Na tę kwotę składają się środki finansowe w budżecie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz w budżetach wojewodów w wysokości **20,7 mld zł** także nakłady na ochronę zdrowia ponoszone przez tzw. „duże miasta” naliczane we wskaźniku „U” w wysokości **1,34 mld zł**.
- 2) Rada Ministrów ustaliła wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne na 7,5% podstawy wymiaru składki. Podstawę wymiaru naliczania składki określono analogicznie jak na ubezpieczenie społeczne.  
Rachunek symulacyjny przychodów Kas Chorych (przedstawiony w tabeli nr 1) opracowano w oparciu o parametry ustawy budżetowej na 1998 rok, uwzględniając w zakresie oceny przychodów ze składek pochodzących od różnych grup płatników prognozy Ministerstwa Finansów oraz obecnie obowiązującą w systemie ubezpieczeń społecznych podstawę wymiaru składki.

Jak wynika z symulacji przychody Kasy Chorych ze składek, na które składają się składki opłacane przez ubezpieczonych oraz składki opłacane za osoby uprawnione ze środków budżetu państwa wyniosłyby **19,356 mld zł**

Przyjęta wysokość składki pozwala więc na zwiększenie nakładów na zadania, które będą finansowały Kasy Chorych, o kwotę ok. **1,15 mld zł** w porównaniu do 1998r.

Równocześnie powiązano, poprzez składkę, przychody Kas Chorych z dochodami obywateli. Dochody obywateli rosną w tempie zbliżonym do tempa wzrostu Produktu Krajowego Brutto. Oznacza to powolny ale stały wzrost nakładów na ochronę zdrowia w kolejnych latach.

## III. TRWAŁE SKUTKI FINANSOWE DLA BUDŻETU PAŃSTWA.

Na skutki te składają się następujące elementy:

- ubytek dochodów z tytułu zmniejszenia wpływów z obniżonego podatku dochodowego od osób fizycznych (w wysokości **17,213 mld zł**.)
- koszty opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne za osoby uprawnione (w wysokości około **2,15 mld zł**.),
- koszty zadań z zakresu ochrony zdrowia które nadal będą finansowane z budżetu państwa (**3,831 mld zł**).

Sumę powyższych elementów stanowi kwota **23,19 mld zł**.

Porównując wysokość nakładów na ochronę zdrowia w 1998r. w wysokości **22,04 mld zł** z wydatkami i stratami budżetu państwa w systemie ubezpieczeniowym w wysokości **23,187 mld zł** można określić trwałe skutki dla budżetu na kwotę **1,15 mld zł**.

#### IV. JEDNORAZOWE SKUTKI FINANSOWE ZWIĄZANE Z WPROWADZENIEM POWSZECHNEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO.

Koszty utworzenia i uruchomienia Kas Chorych.

Łączne nakłady na utworzenie i uruchomienie Kas Chorych oszacowano na **365.116 tys. zł.**, z kwoty tej wydatki związane z utworzeniem struktury Kas (baza materialna, wyposażenie, szkolenie i wynagrodzenie pracowników) niezbędne do poniesienia w 1998 r. oszacowano na **236.620 tys. zł.**, a w roku 1999 przewiduje się wydatki w wysokości ok. **128.496 tys. zł.**

Środki niezbędne do uzupełnienia funduszy Kas Chorych.

W związku z faktem planowanego uruchomienia systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych od 1 stycznia 1999r., zgodnie z przyjętymi zasadami poboru i przekazywania składek przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i ubezpieczonych indywidualnie opłacających składki, pierwsze kwoty wpłyną do Kasy Chorych ok. 15 lutego. Na pierwsze 6 tygodni funkcjonowania należy więc wyposażyć je w niezbędne środki finansowe, których wielkość wyniesie przy 7,5% składce – **2,233 mld zł.** Dotacja na utworzenie funduszu Kas Chorych będzie pochodziła z budżetu państwa.

Koszty utworzenia Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Ponadto w planie wydatków budżetowych należy umieścić finansowanie powoływanego ustawą Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, jako centralnego organu administracji rządowej. Koszty utworzenia tej instytucji i jej działalności w drugim półroczu 1998r. zostały oszacowane na ok. **9 mln zł.**, w 1999r. – po odjęciu wydatków inwestycyjnych, które w wysokości **2.500 tys. zł** będą poniesione w roku bieżącym – powinno się planować na ok. **13 mln zł.**

Przedstawiona symulacja ma charakter szacunkowy tzn. przeprowadzona jest na podstawie danych dotyczących finansowania ochrony zdrowia oraz prognozowanych wpływów ze składek w warunkach 1998 roku.

\*\*\*

Tabela nr 1

## Szacunek dochodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne

wg parametrów przyjętych do ustawy budżetowej na 1998 rok i przyjętej podstawie wymiaru obowiązującej składki na ubezpieczenie społeczne wg stanu na marzec 1998 roku

młn zł

Grupy ubezpieczonych	Podstawa wymiaru	Kwota roczna podst. wymiaru składki	% podstawy wymiaru składki					
			1	6	7	7.5	8	10
<b>I. Ubezpieczeni płacący składkę na ubezpieczenie społeczne</b>								
Ubezpieczeni	Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne	148 219.5	1 462.2	8 773.2	10 235.4	10 966.5	11 697.6	14 622.0
Emeryci i renciści pobierający emerytury pracownicze, pochodne i kombatanckie	Świadczenia społeczne brutto z tytułu emerytur i rent	64 729.0	647.3	3 883.7	4 531.0	4 854.7	5 178.3	6 472.9
Emeryci i renciści pobierający emerytury rolnicze	Świadczenia społeczne brutto z tytułu emerytur i rent	11 794.1	117.9	707.6	825.6	884.6	943.5	1 179.4
Funkcjonariusze ( MON, MSW, UOP, Straż Graniczna, Służba Więzienna)	Uposażenie brutto	8 110.5	61.1	366.6	427.7	458.3	488.8	611.1
Osoby pobierający zasiłek przedemeryt. lub świadcz. przedemerytalne	Zasiłek brutto	612.7	6.1	36.8	42.9	49.0	55.1	61.3
Ogółem I		229 465.8	2 294.7	13 767.9	16 062.6	17 213.0	18 363.4	22 946.6
<b>II. Ubezpieczeni nie płacący podatku dochodowego od osób fizycznych ( składka opłacana ze środków budżetowych )</b>								
Bezrobotni bez prawa do świadczeń	Kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społ.	4068.9	40.7	244.2	284.9	305.2	325.6	407.0
Osoby pobierające świadczenia z pomocy społecznej (renta socjalna, zasiłek stały, wyrównawczy, gwar. zasiłek okresowy)	Kwota odpowiadająca wysokości świadczenia	915.7	9.2	54.9	64.1	68.7	73.3	91.6
Osoby pobierające zasiłek wychowawczy	Kwota odpowiadająca wysokości zasiłku	541.4	5.4	32.5	37.9	40.6	43.3	54.1
Inwalidzi wojenni i wojskowi	Kwota odpowiadająca wysokości renty	1 351.0	13.5	81.1	94.6	101.3	108.1	135.1
Domownicy pracujący w gospodarstwie rolnym	Kwota odpowiadająca wysokości przec. zasiłku stałego z pomocy społ.	1 445.7	14.5	86.7	101.2	108.4	115.7	144.6
Ogółem II		8 323.7	83.2	499.4	582.7	624.3	665.9	832.4
Ogółem I + II		237 789.5	2 377.9	14 267.4	16 645.3	17 837.3	19 029.3	23 779.0
Rolnicy:								
wysokość podstawy wymiaru składki jest równa wysokości składki								
wysokość składki dla rolników =	1 518.8							
Zbiór składki ogółem				15 786.1	18 164.0	19 356.0	20 548.0	25 297.7



**MINISTER  
PRZEWODNICZĄCY KOMITETU  
INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
RYSZARD CZARNECKI**

Sekr. Min. RCz/.....*AAZ.A*...../98/DHPiST-jb

Warszawa, 1998.04.09

**Pan  
Aleksander Proksa  
Sekretarz Rady Ministrów**

*Szanowny Panie Ministrze,*

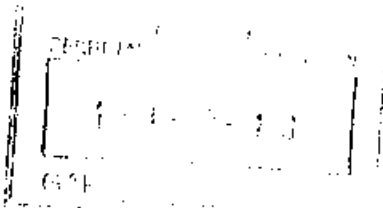
W związku z wątpliwościami interpretacyjnymi zgłoszonymi w sprawie opinii o zgodności projektu ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z prawem Unii Europejskiej (pismo nr Sekr. Min. RCz/1084/98/DHPiST-jb), pragnę wyjaśnić, iż wspomniany projekt ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym uznaję za zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

*Ryszard Czarnecki*

Do uprzejmej wiadomości:

Pani Anna Knysok  
Pełnomocnik Rządu ds. Wprowadzenia  
Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego



## Rozporządzenie

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia .....

*w sprawie wzoru karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego, trybu jej wydawania i unieważniania oraz zasad odpłatności za wydanie duplikatu*

Na podstawie 18 ust. 3 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ( Dz. U. Nr 28 , poz. 153 , Nr 75 , poz. 468, Dz.U. Nr poz. ) zarządza się co następuje :

### Rozdział 1

#### Przepisy ogólne

§ 1 Rozporządzenie określa wzór karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego, tryb jej wydawania i unieważniania oraz zasady odpłatności za wydanie duplikatu.

§ 2 Karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego wydawana jest osobom ubezpieczonym po zgłoszeniu w Kasie Chorych .

§ 3 Karta jest dowodem ubezpieczenia zdrowotnego i stanowi podstawę do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ustawie.

### Rozdział 2

#### Wzór karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego

§ 4 Wzór karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego dla swych członków ustalają regionalne Kasy Chorych.

§ 5. 1. Karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego może przyjąć postać karty procesorowej bądź dokumentu papierowego.

2. Wzór karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Chorych musi przedstawić do akceptacji Radzie Krajowego Związku Kas Chorych.

3. Rada Krajowego Związku Kas Chorych dokonuje rejestracji wzoru karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego regionalnych Kas Chorych .

§ 6. 1 Karta procesorowa zawiera w postaci nadruku następujące informacje :

- 1) imię i nazwisko,
- 2) datę urodzenia,
- 3) numer PESEL,
- 4) numer NIP
- 5) adres zamieszkania , wraz z kodem terytorialnym
- 6) datę objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym ,
- 7) nazwę Kasy Chorych ,
- 8) identyfikator Kasy Chorych
- 9) datę utraty ważności karty.

2. Karta w formie papierowej zawiera następujące informacje :

- 1) nazwę Kasy Chorych ,
- 2) identyfikator Kasy Chorych
- 3) imię i nazwisko osoby ubezpieczonej,
- 4) miejsce i datę urodzenia,
- 5) imiona rodziców,
- 6) adres zamieszkania, wraz z kodem terytorialnym gminy
- 7) numer PESEL,
- 8) datę objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym ,
- 9) imiona i nazwiska oraz daty urodzenia członków rodziny objętych ubezpieczeniem,
- 10) datę utraty ważności karty.

### Rozdział 3

#### Tryb wydawania oraz unieważniania karty

§ 7. 1 Osobom wymienionym w art. 8 ustawy karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego wydawana jest przez Kasę Chorych po wykonaniu obo-



wiązku ubezpieczenia zdrowotnego tj po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi w Kasie Chorych zgodnie z przepisami art. 16 ustawy oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych ustawą.

2. Karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego osób określonych w ust. 1 wydawana jest niezwłocznie , nie później jednak niż w terminie 30 dni od daty wykonania obowiązku ubezpieczenia .

§ 8.1 Osobom określonym w art. 9 ustawy karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego wydawana jest przez Kasę Chorych po objęciu danej osoby ubezpieczeniem, zgodnie z treścią art. 9 ustawy.

2. Osobom, o której mowa w ust. 1 karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego wydawana jest niezwłocznie po objęciu ubezpieczeniem, nie później jednak niż w terminie 14 dni od daty podpisania umowy zawartej przez tę osobę z Kasą Chorych.

§ 9 Na wniosek osoby ubezpieczonej do czasu wydania karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Chorych wydaje zaświadczenie o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym .

§ 10 Zaświadczenie o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym powinno zawierać :

- 1) Nazwę i siedzibę Regionalnej Kasy Chorych,
- 2) imię i nazwisko osoby ubezpieczonej,
- 3) miejsce i datę urodzenia,
- 4) imiona rodziców,
- 5) adres zamieszkania,
- 6) numer PESEL,
- 7) datę objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym ,
- 8) imiona i nazwiska oraz daty urodzenia członków rodziny objętych ubezpieczeniem,
- 9) datę utraty ważności zaświadczenia o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym.

§ 11 Karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego wydawana jest osobie ubezpieczonej po stwierdzeniu jej uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ustawie i poinformowaniu o konieczności legitymowania się kartą przed świadczeniodawcą oraz po pisemnym potwierdzeniu jej odbioru.

§ 12 Karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego jest własnością Kasy Chorych i podlega zwrotowi po ustaniu ubezpieczenia.

§ 13.1 Karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego nie może być odstępowana innym osobom.

2. Ubezpieczony zobowiązany jest do wykorzystywania karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z przeznaczeniem i zabezpieczenia jej przed zniszczeniem, zgubieniem i kradzieżą.

§ 14 W przypadku udostępnienia karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego, osobie nieuprawnionej do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na podstawie danej karty, ubezpieczony ponosi odpowiedzialność karną na podstawie odrębnych przepisów.

§ 15.1 W przypadku zniszczenia, zgubienia lub kradzieży karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego, ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego zawiadomienia o zaistniałym fakcie Kasy Chorych.

2. Kasa Chorych po zgłoszeniu faktu, o którym mowa w ust. 1 unieważnia kartę identyfikacyjną ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 16. 1 Na wniosek ubezpieczonego Kasa Chorych wydaje duplikat karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Do czasu wydania duplikatu karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Chorych na wniosek ubezpieczonego wydaje tymczasowe zaświadczenie o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym na zasadach określonych w § 10 rozporządzenia.

3. Duplikat karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego powinien być wydany w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty złożenia wniosku o jego wydanie.

§ 17 Koszty wydania duplikatu karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego określane corocznie przez regionalną Kasę Chorych ponosi ubezpieczony.

§ 18 Karta identyfikacyjna ubezpieczenia zdrowotnego zostaje unieważniona w przypadku:

- 1) określonym w § 15.1
- 2) wygaśnięcia umowy określonej w art. 9 ustawy,
- 3) utraty członkostwa w Kasie ,
- 4) nieopłacenia składek w obowiązującym terminie,
- 5) ubezpieczeniu się osoby w innej Kasie Chorych.

§ 19 Terminy unieważnienia karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego:

- 1) w przypadkach określonych w § 18 ust. 1 i 5 , karta zostaje unieważniona niezwłocznie po zgłoszeniu tego faktu przez ubezpieczonego ,
- 2) w przypadkach określonych w § 18 ust. 2 , 3 i 4 rozporządzenia, po upływie 30 dni od daty zaistnienia fakty powodującego utratę uprawnień do korzystania ze świadczeń zdrowotnych danej Kasy Chorych na zasadach określonych w ustawie.

§ 20. 1. O zamiarze unieważnienia karty w przypadkach , o których mowa w § 18 ust. 2 , 3 i 4 Kasa Chorych powiadamia ubezpieczonego na 14 dni przed unieważnieniem karty.

2. W piśmie informującym o zamiarze unieważnienia karty Kasa Chorych zamieszcza wezwanie do jej zwrotu w nieprzekraczalnym terminie 14 dni od daty unieważnienia karty , określonej zgodnie z zapisem § 19 rozporządzenia.

§ 21 Ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności za zniszczenie karty identyfikacyjnej ubezpieczenia zdrowotnego , nie wynikłe z jego winy.

## Rozdział 4

### Przepisy przejściowe

§ 22 Do czasu wydania przez Kasy Chorych kart identyfikacyjnych ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w ust. 1, ich rolę mogą pełnić formularze części wymiennej książeczki usług medycznych wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 czerwca 1996 r. w sprawie książeczek usług medycznych( Dz. U. Nr 92, poz. 420 ) nie dłużej jednak niż przez okres 1 roku od daty wejścia w życie rozporządzenia /do .....r.

## Rozdział 5

### Przepisy końcowe

§ 23 Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie .....dni od dnia ogłoszenia

MINISTER ZDROWIA  
I OPIEKI SPOŁECZNEJ

**Rozporządzenie  
Ministra Sprawiedliwości**

**z dnia .....**

w sprawie określenia dokumentów wymaganych  
do rejestracji regionalnych, zakładowych i międzyzakładowych Kas Chorych  
i wzoru oraz sposobu prowadzenia rejestru tych Kas.

Na podstawie art. 67 ust. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym  
ubezpieczeniu zdrowotnym /Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm./ zarządza się, co następuje:

**§ 1**

Ilekcroć w rozporządzeniu jest mowa o ustawie - rozumie się przez to ustawę z dnia 6 lutego  
1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym /Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm./.

**§ 2**

1. Dokumentami wymaganymi do rejestracji Kasy Chorych są:

- a/ akt prawny w sprawie utworzenia Kasy Chorych,
- b/ statut Kasy Chorych,
- c/ dokument określający zasięg działania Kasy Chorych.

2. W przypadku wniosku o rejestrację zakładowej lub międzyzakładowej Kasy Chorych  
wymagana jest zgoda Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

**§ 3**

Rejestr regionalnych, zakładowych i międzyzakładowych Kas Chorych, zwany dalej  
„rejestrem”, prowadzi się w księdze rejestrowej.

**§ 4**

Księga rejestrowa składa się z następujących rubryk:

- rubryka pierwsza - numer kolejny wpisu,
- rubryka druga - data wpisu,

- |                   |  |
|-------------------|--|
| - rubryka trzecia | - nazwa, siedziba i adres Kasy Chorych,                                |
| - rubryka czwarta | - data nadania bądź uchwalenia statutu i ewentualne zmiany w statucie, |
| - rubryka piąta   | - terytorialny zakres działania Kasy Chorych,                          |
| - rubryka szósta  | - organy Kasy i organy sprawujące nadzór nad Kasą Chorych,             |
| - rubryka siódma  | - data likwidacji Kasy Chorych,  |
| - rubryka ósma    | - uwagi.   |

#### § 5

Niezależnie od księgi rejestrowej dla każdego rodzaju Kasy Chorych prowadzi się oddzielne akta rejestrowe, obejmujące dokumenty stanowiące podstawę wpisu oraz dotyczące postępowania rejestrowego.

#### § 6

Wniosek o wpis do rejestru powinien zawierać dokładne dane potrzebne do rejestracji oraz do wypełnienia poszczególnych rubryk rejestru określonego w § 4 rozporządzenia. Ponadto dołącza się dokumenty, o których mowa w § 2 rozporządzenia.

#### § 7

W postanowieniu zarządzającym wpis do rejestru sąd określa dosłowną treść wpisu oraz rubrykę księgi rejestrowej, w której wpis ma być dokonany.

#### § 8

Rejestr oraz złożone do akt dokumenty stanowiące podstawę wpisu może przeglądać każdy pod nadzorem sekretarza sądowego.

#### § 9

Rozporządzenie wchodzi w życie .....

***Minister Sprawiedliwości***

## Rozporządzenie

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia .....

*w sprawie wykazu , zasad i trybu udzielania wysokospecjalistycznych procedur  
medycznych*

Na podstawie 31a ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ( Dz. U. Nr 28 , poz. 153 , Nr 75 , poz. 468, Dz.U. Nr    poz.    ) zarządza się co następuje :

§ 1 Rozporządzenie określa wykaz wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa, liczbę świadczeń określonego rodzaju planowaną na dany rok kalendarzowy oraz wykaz zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń wysokospecjalistycznych .

§ 2 Wykaz wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, liczbę tych świadczeń przewidzianą do udzielenia w danym roku kalendarzowym, wraz z listą zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczenia danego rodzaju oraz terytorialne obszary ich działania Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ogłasza do dnia 15 listopada każdego roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ogłaszany wykaz wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

§ 3 Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołuje zespół specjalistów, którego zadaniem jest opracowanie:

- 1) wykazu wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych na dany rok kalendarzowy,
- 2) wykazu zakładów opieki zdrowotnej udzielających wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych objętych wykazem.

§ 4.1 Zespół specjalistów, o którym mowa w § 13 , na wniosek kierownika zakładu wnioskuje do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej o zamieszczenie za-

kładu opieki zdrowotnej w wykazie określonym w § 13 pkt. 2 biorąc pod uwagę :

- 1) możliwości techniczne i organizacyjne realizacji przez zakład świadczeń określonego rodzaju,
- 2) kwalifikacje pracowników medycznych udzielających danego rodzaju świadczeń,
- 3) dotychczasowe wyniki wykonywania świadczeń określonego rodzaju,
2. Zespół wskazuje liczbę świadczeń wysokospecjalistycznych , przewidywanych do wykonywania przez poszczególne zakłady opieki zdrowotnej w danym roku kalendarzowym,
3. Zespół określa zasady monitorowania procesów udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych oraz oceny wyników realizacji tych świadczeń.
4. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w zakresie dostępności i jakości realizacji świadczeń wnioskuje do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej o skreślenie zakładu z wykazu, o którym mowa w § 13 pkt. 2

§ 5 Zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń wysokospecjalistycznych prowadzi na potrzeby Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej rejestr pacjentów , którzy otrzymali świadczenia wysokospecjalistyczne, podziałem na poszczególne województwa z uwzględnieniem pacjentów z województwa będącego siedzibą danego zakładu .

§ 6 Rejestr pacjentów, o którym mowa w § 5 przekazywany jest Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej wraz z informacją o udzielonych świadczeniach po zakończeniu każdego miesiąca w terminie do 5 dnia następnego miesiąca.

§ 7 Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem .....

MINISTER ZDROWIA  
I OPIEKI SPOŁECZNEJ



## Rozporządzenie

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia .....

*w sprawie świadczeń ponadstandardowych i sposobu wnoszenia opłat za te świadczenia.*

Na podstawie 31a ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ( Dz. U. Nr 28 , poz. 153 , Nr 75 , poz. 468, Dz.U. Nr    poz.    ) zarządza się co następuje :

§ 1 Rozporządzenie określa rodzaj świadczeń zdrowotnych uznanych za ponadstandardowe udzielanych osobom ubezpieczonym odpłatnie oraz sposób wnoszenia opłat za te świadczenia.

§ 2 Osoby ubezpieczone wnoszą opłaty ze środków własnych za :

- 1) świadczenia pomocy doraźnej ,z wyjątkiem wypadków, urazów stanów zagrożenia życia lub potrzeby natychmiastowego leczenia szpitalnego oraz świadczeń związanych z ciążą i porodem,
- 2) ponadstandardowe świadczenia związane z porodem, a w szczególności za zapewnienie na życzenie pacjentki :
  - a) zewnątrzoponowego znieczulenia porodu wykraczającego poza wskazania medyczne,
  - b) oddzielnej sali porodowej,
  - c) dodatkowego niż wynika z organizacji pracy oddziału , personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.
- 3) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach nie będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia.

4) ponadstandardowe świadczenia z zakresu stomatologii związane z wykorzystaniem materiałów medycznych i wykonywaniem czynności technicznych innych niż wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia..... w sprawie wykazu podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz wykazu podstawowych materiałów stomatologicznych ( Dz. U. Nr ....., poz.....)

5) za zapewnienie na życzenie pacjenta :

- a) dodatkowego niż wynika z organizacji pracy oddziału personelu pielęgniarskiego,
- b) dodatkowych badań, bądź zabiegów wykraczających poza wskazania medyczne,
- c) indywidualnej sali szpitalnej i dodatkowego jej wyposażenia.

§ 3.1 Wysokość opłat pobieranych za udzielanie świadczeń ponadstandardowych ustalana jest przez świadczeniodawców, w oparciu o rachunek kosztów prowadzony na podstawie odrębnych przepisów i podawana do wiadomości publicznej .

2. Opłaty , o których mowa w ust. 1 wnoszone są przez pacjenta na podstawie rachunku, wystawionego przez świadczeniodawcę .

§ 4 Rozporządzenie wchodzi w życie w terminie .....dni od jego ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA  
I OPIEKI SPOŁECZNEJ

## Rozporządzenie

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia .....

*w sprawie wykazu przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia.*

Na podstawie 47 ust. 4 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ( Dz. U. Nr 28 , poz. 153 , Dz.U. Nr 75 , poz. 468, Dz.U. Nr poz. ) zarządza się co następuje :

§ 1 Rozporządzenie określa wykaz przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, oraz wysokość udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia.

§ 2 Ubezpieczonemu na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne.

§ 3.1 Przedmioty ortopedyczne przyznawane są na stałe lub do okresowego użytkowania .

2. Przedmioty ortopedyczne przyznane na stałe, stają się własnością osoby uprawnionej.

3. Przedmioty ortopedyczne przyznane do okresowego użytkowania podlegają zwrotowi niezwłocznie po zakończeniu tego okresu.

4. Przedmioty, o których mowa w ust. 3, wydawane są po uiszczeniu przez ubezpieczonego kaucji w wysokości 50 % ceny tego przedmiotu.

§ 4 Minister Zdrowia i Opieki Społecznej corocznie, do 15 października roku kalendarzowego , poprzedzającego rok , którego wykaz dotyczy ogłasza szcze-

łowy wykaz przedmiotów ortopedycznych przysługujących ubezpieczonemu, określa okresy używalności przedmiotu ortopedycznego oraz wykaz osób wnioskujących.

§ 5.1 Przedmioty ortopedyczne przyznawane są nieodpłatnie, odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

2. Nieodpłatnie przyznaje się :

1) gorsety ortopedyczne, kołnierze i aparaty ortopedyczne dla:

- a) dzieci i osób do 18 roku życia,
- b) inwalidów wojennych i wojskowych,
- c) osób chorych na chorobę nowotworową,
- d) osobom ubezpieczonym , w związku z przebytym urazem lub wypadkiem.

2) obuwiu ortopedycznym dla:

- a) dzieci , uczniów i studentów,
- b) ubezpieczonego , dla którego obuwiu ortopedyczne stanowi część składową aparatu ortopedycznego lub protezy,
- c) ubezpieczonego , dla którego obuwiu ortopedyczne jest uzupełnieniem aparatu ortopedycznego lub protezy,
- d) inwalidów wojennych i wojskowych,

3) przedmioty stabilizujące, korygujące i wspomagające funkcje ruchowe, wskazane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w wykazie , o którym mowa w § 4.

3. Odpłatnie przyznawane są :

- a) przedmioty uzupełniające, w szczególności obuwiu i rękawiczki protezowe,
- b) przedmioty stabilizujące, korygujące i wspomagające funkcje ruchowe, wskazane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w wykazie , o którym mowa w § 4.

4. Za częściową odpłatnością wydawane są :

- a) gorsety ortopedyczne, kołnierze i aparaty ortopedyczne dla innych ubezpieczonych niż osoby wymienione w ust. 2
  - b) obuwiu ortopedyczne dla innych ubezpieczonych niż osoby wymienione w ust. 3
  - c) przedmioty stabilizujące, korygujące i wspomagające funkcje ruchowe, wskazane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w wykazie, o którym mowa w § 4.
5. Odpłatność za przedmioty wymienione w ust. 3 lit. b i ust. 4 lit. c, określona jest w wykazie, o którym mowa w § 4
6. Odpłatność za przedmioty wymienione w ust. 4 lit. a i b ustala się w wysokości nie większej niż 50 % ceny tych przedmiotów.
7. Ubezpieczony dopłaca różnicę między krajowymi a importowanymi przedmiotami ortopedycznymi, jeżeli przedmioty importowane zostały przyznane na jego wniosek.

§ 6. 1 Środkami pomocniczymi są następujące rodzaje przedmiotów :

- a) szkła okularowe, soczewki kontaktowe,
- b) protezy oczne,
- c) aparaty słuchowe i wkładki uszne,
- d) zbiorniki na kał i mocz,
- e) rurki dotchawicze,
- f) inne przedmioty maskujące ubytki anatomiczne,
- g) cewniki,
- h) przedmioty zapobiegające odleżynom,

i) pasy przepuklinowe oraz pasy brzuszne.

2. Szczegółowy wykaz standardowych środków pomocniczych, okresy ich używalności oraz wykaz osób wnioskujących, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ogłasza corocznie, do 15 października roku kalendarzowego, poprzedzającego rok, którego wykaz dotyczy.

§ 7.1 Ubezpieczony otrzymuje środki pomocnicze określone w wykazie nieodpłatnie lub ponosząc za nie częściową odpłatność.

2. Nieodpłatnie środki pomocnicze otrzymują :

- a) dzieci i osoby do 18 roku życia,
- b) inwalidzi wojenni i wojskowi.

3. W przypadku, kiedy ubezpieczony ubiega się o środek pomocniczy o standardzie wyższym niż wnioskowany przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pokrywa różnicę w cenie między środkiem pomocniczym standardowym, a ponadstandardowym, o który się ubiega.

§ 8. 1 Lecznicych środkiem technicznym są środki stanowiące istotny element zabiegu operacyjnego / badania diagnostycznego /, które pozostają czasowo lub na stałe w organizmie pacjenta.

2. Szczegółowy wykaz leczniczych środków technicznych, okresy ich używalności, oraz zasady ponoszenia odpłatności za te środki Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ogłasza corocznie, do 15 października roku kalendarzowego, poprzedzającego rok, którego wykaz dotyczy.

§ 9.1.Kasa Chorych może wprowadzić limit cen dla przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych.

2. Udział Kasy Chorych w finansowaniu świadczenia nie może być niższy niż 50 % limitu ceny świadczenia lub ceny świadczenia jeżeli limit ceny nie został ustalony.

§ 10 Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem .....

MINISTER ZDROWIA  
I OPIEKI SPOŁECZNEJ

Rozporządzenie

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia .....

*w sprawie wykazu badań diagnostycznych, za które ubezpieczony wnosi  
zryczałtowane opłaty oraz maksymalna wysokość tych opłat*

Na podstawie 31 f ust. 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ( Dz. U. Nr 28 , poz. 153 , Nr 75 , poz. 468, Dz.U. Nr    poz.    ) zarządza się co następuje :

§ 1 Rozporządzenie określa wykaz badań diagnostycznych, za które ubezpieczony wnosi zryczałtowane opłaty oraz maksymalną wysokość tych opłat.

§ 2 Szczegółowy wykaz badań diagnostycznych za które ubezpieczony wnosi zryczałtowane opłaty oraz maksymalną wysokość tych opłat, Minister Zdrowia i Opieki Społecznej ogłasza corocznie, do 15 listopada roku kalendarzowego , poprzedzającego rok , którego wykaz dotyczy.

§ 3 Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem .....

MINISTER ZDROWIA  
I OPIEKI SPOŁECZNEJ



Rozporządzenie

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia .....

*w sprawie bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.*

Na podstawie art. 165 ust. 3 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ( Dz. U. Nr 28 , poz. 153 , Nr 75 , poz. 468, Dz.U. Nr    poz.    ) zarządza się co następuje :

§ 1. Rozporządzenie reguluje bezpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego

§ 2. Osobom wymienionym w art. 165 ust. 1 i 2 ustawy przysługują nieodpłatnie standardowe świadczenia zdrowotne udzielane przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej na podstawie odrębnych przepisów .

§ 3. Świadczenia , o których mowa w art. 165 ust. 1 i 2 ustawy , na rzecz ubezpieczonych finansowane są przez Kasy Chorych, na zasadach określonych ustawą.

§ 4 Świadczenia , o których mowa w art. 165 ust. 1 i 2 ustawy , na rzecz osób nie posiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego finansowane są z budżetu państwa.

§ 5 Rozporządzenie wchodzi w życie w z dniem .....

MINISTER ZDROWIA  
I OPIEKI SPOŁECZNEJ

Rozporządzenie

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia .....

*w sprawie wykazu podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa  
oraz podstawowych materiałów stomatologicznych.*

Na podstawie 31 e ust. 2 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ( Dz. U. Nr 28 , poz. 153 , Nr 75 , poz. 468, Dz.U. Nr poz. ) zarządza się co następuje :

§ 1 Rozporządzenie reguluje zakres podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz określa podstawowe materiały stomatologiczne używane przy udzielaniu tych świadczeń .

§ 2 Wykaz podstawowych świadczeń stomatologicznych dla osób dorosłych stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia .

§ 3 Wykaz podstawowych świadczeń stomatologicznych dla kobiet w ciąży i porożu stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia .

§ 4 Wykaz podstawowych świadczeń stomatologicznych dla dzieci w wieku 0-12 lat stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia .

§ 5 Wykaz podstawowych świadczeń stomatologicznych dla młodzieży w wieku 12 - 18 lat stanowi załącznik nr 4 do rozporządzenia .

§ 6 Wykaz podstawowych świadczeń stomatologicznych z zakresu ortodoncji dla dzieci i młodzieży w wieku 0 - 18 lat stanowi załącznik nr 5 do rozporządzenia .

§ 7 Wykaz podstawowych materiałów stomatologicznych stanowi załącznik nr 6 do rozporządzenia .

§ 8 Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem .....

MINISTER ZDROWIA  
I OPIEKI SPOŁECZNEJ

I.

**Projekt**  
**zakresu podstawowych świadczeń gwarantowanych**  
**dla osób dorosłych w ramach ubezpieczeń zdrowotnych**

Lp.	Zabieg lub postępowanie
1.	Badanie lekarskie stomatologiczne z założeniem dokumentacji
2.	Badanie lekarskie kontrolne
3.	Porada lekarska
4.	Wydanie krótkiego zaświadczenia lub świadectwa
5.	Instruktaż higieny
6.	Usunięcie złogów nazębnych z ½ łuku zębowego
7.	Usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów
8.	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku
9.	Rentgenodiagnostyka 1 do 2-ch zdjęć wewnątrzustnych 40 pkt za jedno zdjęcie RTG
10.	Dewitalizacja /trepanacja zęba
11.	Opatrunek leczniczy
12.	Leczenie próchnicy powierzchniowej (za każdy zab)
13.	Wypełnienie zęba z ubytkiem na 1 powierzchni
14.	Znieczulenie nasiękowe
15.	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne
16.	Usunięcie w znieczuleniu zęba 1 korzeniowego
17.	Usunięcie w znieczuleniu zęba wielokorzeniowego
18.	Nacięcie w znieczuleniu powierzchniowo leżącego ropnia
19.	Leczenie powikłań poekstrakcyjnych, opatrunek chirurgiczny, zdjęcie szwów
20.	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany włącznie ze szwem
21.	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów
22.	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy
23.	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk

II.

**Projekt**  
**Zakresu podstawowych świadczeń gwarantowanych**  
**dla kobiet w ciąży i porożu**

Lp.	Zabieg lub postępowanie
1.	Badanie lekarskie stomatologiczne z założeniem dokumentacji
2.	Badanie lekarskie kontrolne
3.	Porada lekarska
4.	Wydanie krótkiego zaświadczenia lub świadectwa
5.	Instruktaż higieny
6.	Usunięcie złogów nazębnych z ½ łuku zębowego
7.	Usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów
8.	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku
9.	Rentgenodiagnostyka 1 do 2-ch zdjęć wewnątrzustnych - 40 pkt za jedno zdjęcie RTG
10.	Dewitalizacja /trepanacja zęba
11.	Opatrunek leczniczy
12.	Leczenie próchnicy powierzchniowej (za każdy zab)
13.	Wypełnienie zęba z ubytkiem na 1 powierzchni
14.	Znieczulenie nasiękowe
15.	Znieczulenie przewodowe wewnętrzne
16.	Usunięcie w znieczuleniu zęba 1 korzeniowego
17.	Usunięcie w znieczuleniu zęba wielokorzeniowego
18.	Nacięcie w znieczuleniu powierzchniowo leżącego ropnia
19.	Leczenie powikłań poekstrakcyjnych, opatrunek chirurgiczny, zdjęcie szwów
20.	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany włącznie ze szwem
21.	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów
22.	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy
23.	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk
24.	Profilaktyka próchnicy – indywidualna fluoryzacja met. kontaktową
25.	Leczenie nadwrażliwości zębów
26.	Postępowanie przy próchnicy głębokiej

III.

**Projekt**  
**Zakresu podstawowych świadczeń gwarantowanych**  
**dla dzieci w wieku 0-12 lat**

Lp.	Zabieg lub postępowanie
1.	Badanie lekarskie stomatologiczne z założeniem dokumentacji
2.	Badanie lekarskie kontrolne
3.	Porada lekarska
4.	Wydanie krótkiego zaświadczenia lub świadectwa
5.	Instruktaż higieny
6.	Usunięcie złogów nazębnych z ½ luku zębowego
7.	Usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów
8.	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku
9.	Rentgenodiagnostyka 1 do 2-ch zdjęć wewnątrzustnych - 40 pkt za jedno zdjęcie RTG
10.	Dewitalizacja /trepanacja zęba
11.	Opatrunek leczniczy
12.	Leczenie próchnicy powierzchniowej (za każdy ząb)
13.	Wypełnienie zęba z ubytkiem na 1 powierzchni
14.	Znieczulenie nasiękowe
15.	Znieczulenie przewodowe wewnętrzne
16.	Usunięcie w znieczuleniu zęba 1 korzeniowego
17.	Usunięcie w znieczuleniu zęba wielokorzeniowego
18.	Nacięcie w znieczuleniu powierzchniowo leżącego ropnia
19.	Leczenie powikłań poekstrakcyjnych, opatrunek chirurgiczny, zdjęcie szwów
20.	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany włącznie ze szwem
21.	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów
22.	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy
23.	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk
24.	Leczenie nadwrażliwości zębów
25.	Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym
26.	Opatrunek leczniczy – impregnacja zębiny
27.	Postępowanie przy próchnicy głębokiej
28.	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi
29.	Wypełnienie zęba mlecznego
30.	Wypełnienie zęba z ubytkiem na 2-ch powierzchniach
31.	Odbudowa kąta zniszczonej, złamanej korony zęba
32.	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 1 kanału (bez odbudowy ubytku korony) – doliczana DEW/TREP

33.	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 2 kanałów (bez odbudowy ubytku korony) – doliczana DEW/TREP
34.	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 3 kanałów (bez odbudowy ubytku korony) doliczana DEW/TREP
35.	Leczenie endodontyczne metodą amputacyjno-ekstirpacyjną – doliczana DEW/TREP
36.	Profilaktyka ortodontyczna z zastosowaniem mioterapii, korekcyjnego szlifowania zębów, płytki przedsionkowej – każda wizyta
37.	Zastosowanie utrzymywacza przestrzeni

## IV.

**Projekt**  
**Zakresu podstawowych świadczeń gwarantowanych**  
**dla młodzieży w wieku 12-18 lat**

Lp.	Zabieg lub postępowanie
1.	Badanie lekarskie stomatologiczne z założeniem dokumentacji
2.	Badanie lekarskie kontrolne
3.	Porada lekarska
4.	Wydanie krótkiego zaświadczenia lub świadectwa
5.	Instruktaż higieny
6.	Usunięcie złogów nazębnych z ½ łuku zębowego
7.	Usunięcie złogów nazębnych ze wszystkich zębów
8.	Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku
9.	Rentgenodiagnostyka 1 do 2-ch zdjęć wewnątrzustnych - 40 pkt za jedno zdjęcie RTG
10.	Dewitalizacja /trepanacja zęba
11.	Opatrunek leczniczy
12.	Leczenie próchnicy powierzchniowej (za każdy zab)
13.	Wypełnienie zęba z ubytkiem na 1 powierzchni
14.	Znieczulenie nasiękowe
15.	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne
16.	Usunięcie w znieczuleniu zęba 1 korzeniowego
17.	Usunięcie w znieczuleniu zęba wielokorzeniowego
18.	Nacięcie w znieczuleniu powierzchniowo leżącego ropnia
19.	Leczenie powikłań poekstrakcyjnych, opatrunek chirurgiczny, zdjęcie szwów
20.	Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany włącznie ze szwem
21.	Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba lub grupy zębów
22.	Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy
23.	Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki lub szczęk
24.	Leczenie nadwrażliwości zębów
25.	Postępowanie przy obnażeniu i skaleczeniu miazgi
26.	Wypełnienie zęba z ubytkiem na 2-ch powierzchniach
27.	Odbudowa kąta zniszczonej złamanej korony zęba
28.	Leczenie endodontyczne z wypełnieniem 1 kanału (bez odbudowy ubytku korony) – doliczana DEW/TREP

V.

**Projekt**  
**Zakresu świadczeń gwarantowanych specjalistycznych**  
**z ortodoncji dla dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat.**

Świadczenia obejmują leczenie wad zgryzu przy pomocy aparatów ruchomych oraz uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protez dziecięcych i zapobieganie przemieszczeniom zębów poprzez zastosowanie utrzymywaczy przestrzeni.

Lp.	Zabieg lub postępowanie
1.	Badanie lekarskie
2.	Badanie lekarskie kontrolne (bez aparatu)
3.	Wydanie orzeczenia lekarskiego
4.	Wydanie krótkiego zaświadczenia lub świadectwa
5.	Rentgenodiagnostyka (za jedno zdjęcie wewnątrzustne)
6.	Rentgenodiagnostyka – zdjęcia panoramiczne z opisem (jeżeli poradnia dysponuje własnym aparatem rtg) lub 200 pkt + koszt wykonania zdjęcia w pracowni rtg
7.	Analiza telerentgenogramów
8.	Zastosowanie dodatkowych metod diagnostycznych np.: tomogramy, miogramy, analiza wzrostu, itp. (każda metoda) – doliczyć należy koszt wykonania badań w pracowni rtg
9.	Wycisk jednej szczęki dla diagnozy, planowania i kontroli
10.	Wykonanie zgryzu konstrukcyjnego
11.	Ustalenie planu leczenia: 1. w przypadkach prostych 2. w przypadkach średniotrudnych 3. w przypadkach trudnych
12.	Zachowanie przestrzeni międzyzębowych jako postępowanie zapobiegające przed skutkami przedwczesnej uraty zębów (utrzymywacz przestrzeni jako wyłączne postępowanie)
13.	Wczesne leczenie ortodontyczne z zastosowaniem równi pochylej
14.	Oddanie nowego aparatu, połączone z instruktażem właściwego postępowania leczniczego
15.	Kontrola przebiegu leczenia (z aparatem)
16.	Naprawa aparatu 1. bez wycisku 2. z wyciskiem



17.	Korekta aparatu ortodontycznego autopolimerem: 1. w niewielkim zakresie obejmującym pojedyncze zęby 2. całej górnej lub dolnej części aparatu
18.	Proteza dziecięca: 1. częściowa 2. całkowita

**Uwaga:**

W przypadku zniszczenia, zgubienia lub aparatu nie nadającego się do użytku z powodu nieusprawiedliwionej przerwy w leczeniu dłuższej niż 3 miesiące, pacjent pokrywa koszt wykonania nowego aparatu. Również naprawa wynikająca z mechanicznego uszkodzenia aparatu, a także konieczności dokonania zmian w aparacie z powodu niezastosowania się pacjenta do zaleceń lekarza, pociąga za sobą konieczność pokrycia kosztów przez zainteresowanego.

W powyższych przypadkach dotyczy to zarówno kosztów wykonawstwa klinicznego jak i laboratoryjnego.

**Projekt**  
**wykazu podstawowych materiałów stomatologicznych.**

1.	Materiały do wypełnień tymczasowych typu tlenek i tlenek cynku
2.	Cementy podkładowe na bazie wodorotlenku wapnia oraz cementy fosforanowe
3.	Amalgamant kapsułkowy
4.	Chemoutwardzalny materiał kompozycyjny – do ubytków w zębach przednich w zakresie 3+, +3 i 3-, -3
5.	Ćwieki gutaperkowe
6.	Nicie chirurgiczne niewchłaniające
7.	Szyny unieruchamiające standardowe i druk ligaturowy
8.	Standardowe płytki przedsionkowe
9.	Masa wyciskowa almagatowa
10.	Masa akrylowa samopolinezująca
11.	Pumeks
12.	Wosk protetyczny
13.	Materiały opatrunkowe