



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

III kadencja

Pan
Maciej Płażyński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., oraz art. 29 ust. 2 regulaminu Sejmu, niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

– o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Do reprezentowania wnioskodawcy upoważniamy posła Krzysztofa Jurgieła

(-) Marian Dembiński; (-) Ludwik Dorn; (-) Mariusz Krzysztof Grabowski; (-) Krzysztof Jurgiel; (-) Jarosław Kaczyński; (-) Piotr Krutul; (-) Teresa Liszcz; (-) Jan Łopuszański; (-) Adam Łoziński; (-) Antoni Macierewicz; (-) Stanisław Misztal; (-) Halina Nowina-Konopka; (-) Mariusz Olszewski; (-) Tadeusz Pawlus; (-) Waldemar Pawłowski; (-) Leszek Piotrowski; (-) Anna Sobecka; (-) Czesław Sobierajski; (-) Witold Tomczak; (-) Waldemar Bogdan Wiązowski; (-) Kosma Złotowski.

Ustawa
Z dnia.....

o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

Art. 1

W ustawie z dnia 6 lutego 1997 roku – o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28 poz. 153, Nr 75 poz. 468 oraz z 1998 r. Nr 117 poz. 756, Nr 137 poz. 887, Nr 144 poz. 929, Nr 162 poz. 1116), oraz z 1999 r. Nr 45, poz. 439 i nr 49, poz. 483) wprowadza się następujące zmiany:

1) Art. 19 otrzymuje brzmienie:

Art. 19

1. Składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 20 i art. 169g.

2) W art. 31 ust.2 dodaje się pkt. 12 w brzmieniu:

12) Świadczenia w środowisku nauczania i wychowania.

3) Art. 31c ust. 1 otrzymuje brzmienie:

1. Ubezpieczony ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego niezależnie od miejsca jego pracy, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, z zastrzeżeniem art. 58 ust. 3.

4) W art. 31c ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

Art. 31c.1a.

Ubezpieczony ma prawo do leczenia szpitalnego również na podstawie skierowania lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zobowiązał się do poddania kontroli kas chorych w zakresie przewidzianym w art. 61 ustawy.

5) Art. 55 otrzymuje następujące brzmienie:

Art. 55

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

6) Art. 57a otrzymuje następujące brzmienie:

Kasy chorych zawierają umowy na świadczenia zdrowotne całodobowe z podmiotami kas chorych zapewniającymi kompleksowość świadczeń zdrowotnych, nie mającymi statusu, zakładu opieki zdrowotnej a świadczącymi usługi dla osób przewlekle somatycznie chorych, umysłowo upośledzonych, niepełnosprawnych fizycznie i małych dzieci.

7) W art. 58 ust. 1 dodaje się punkty 10, 11 w brzmieniu:

- 10) okulisty,
- 11) onkologa.

8) W art. 58 ust. 4 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje wyrazy:

„chyba , że świadczeniodawcy na mocy odrębnych przepisów mogą wykonywać wymienione świadczenia samodzielnie”.

9) Art. 60 ust. 1 pkt. 1 otrzymuje brzmienie:

Art. 60.1

1)wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego czy specjalisty II stopnia z medycyny ogólnej, pediatrii (w odniesieniu do dzieci, chorób wewnętrznych czy geriatrici jeżeli zadeklarował on chęć pełnienia

obowiązków lekarza pierwszego kontaktu spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego współpracujących z kasą chorych, do której należy ubezpieczony, z zastrzeżeniem ust. 2.

10) W art. 60 ust. 1 pkt. 4 wyrazy:

„związanych umową” zastępuje się wyrazami „współpracujących z kasą”.

11) Art. 61 ust. 2 otrzymuje brzmienie

Art. 61.2

2. W razie potrzeby, kontrola jakości i zasadności wykonywania świadczeń diagnostycznych i leczniczych jest zlecana przez kasę chorych zespołowi konsultanta wojewódzkiego z właściwej dziedziny medycyny.

12) Art. 75 otrzymuje brzmienie:

Art. 75

1. Rada regionalna kas chorych wybierana jest przez ubezpieczonych w wyborach bezpośrednich odbywających się jednocześnie z wyborami do samorządów terytorialnych, spośród osób ubezpieczonych z obszaru działania regionalnej kasy chorych.
2. Rada kasy chorych nie może liczyć więcej niż 21 osób a jeden członek reprezentować nie mniej niż 30 tys. ubezpieczonych.
3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb zgłaszania kandydatów oraz zasady przeprowadzania wyborów do Rady Kasy Chorych, a także sposób finansowania wydatków związanych z przeprowadzeniem wyborów.

Art. 2

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2000 r. z wyjątkiem art. 75, który wchodzi w życie po zakończeniu obecnej kadencji samorządów.

Uzasadnienia :

Ad1) Niedoszacowanie dotychczasowego budżetu służby zdrowia jest faktem niepodważalnym.

„Strukturalne” zadłużenie, dekapitalizacja sprzętu i budynków, powszechne, nieformalne dopłaty do świadczeń zdrowotnych przez pacjentów, niskie płace pracowników ochrony zdrowia to najważniejsze dowody na to, że dotychczasowe finansowanie służby zdrowia w Polsce było niedostateczne. Jeżeli przyjąć, że składka w wysokości 7,5 % oznacza utrzymanie dotychczasowego poziomu finansowania (lub nawet minimalny jego wzrost), to jest to wysokość nie do przyjęcia z powodów jak wyżej.

Ad 2) Proponowany zapis zapewni zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży.

Ad 3) Wprowadzony zapis pozwala na wystawianie skierowań na leczenie szpitalne również przez felczera.

Ad 4) Prawo do refundacji leczenia szpitalnego, podobnie jak prawo do niezbędnych świadczeń rehabilitacyjnych w zakładzie rehabilitacji leczniczej oraz prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej są prawami ubezpieczonego, nie lekarza. Dlatego pacjent powinien mieć prawo uzyskania odpowiedniego skierowania bez względu na to u jakiego lekarza się leczy. Rozumiem konieczność kontroli płatnika nad sposobem (zasadnością) wydania takiego skierowania, dlatego postuluję aby kasy chorych miały prawo kontroli w tym zakresie także lekarzy, którzy nie są lekarzami kas chorych. Proponuję, aby w tym celu lekarze ci podpisywali zobowiązanie poddania się odpowiedniej kontroli.

- Ad 5) Przywrócono obowiązujący w pierwotnej wersji ustawy art. 55. Postanowienia art. umożliwiają samorządom lekarskim i pielęgniarstwu uczestnictwo w postępowaniu w przedmiocie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń..
- Ad 6) Proponowany zapis umożliwi zapewnienie świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej oraz domów małych dzieci.
- Ad 7) Obserwuje się wzrost zachorowań na gruźlicę lekoodporną w środowisku ludzi biednych. Przewiduje się mimo profilaktyki wysoki wzrost zachorowań na choroby nowotworowe, gdzie wczesna diagnostyka jest podstawą pomyślnego rokowania. Proponowane zgłaszanie się do onkologa ze skierowaniem od lekarza p.o.z opóźni proces diagnozowania i leczenia.
- Ad 8) Rozporządzenie MZiOS z dnia 2 września 1997r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu i rodzaju takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (Dz. U . Nr 116, poz. 750), uprawnia pielęgniarkę i położną do świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarza.
- Ad 9) Wymienione specjalności gwarantują właściwy poziom świadczeń lekarskich dorosłym i dzieciom..
- Ad 10) Taki zapis znajduje się w pkt 2 tegoż art. w odniesieniu do lekarzy. Wszyscy świadczeniodawcy winni być jednakowo traktowani.
- Ad 11) Proponuje się aby do kontroli jakości i zasadności wykonywania świadczeń diagnostycznych i leczniczych powoływać członków zespołów konsultantów wojewódzkich z właściwej dziedziny medycyny.
- Ad 12) Stworzy się możliwość demokratycznego apolitycznego wyboru ubezpieczonych do rady kasy chorych.

Źródła finansowania

W p. III dezyderatu nr 6 Komisji Zdrowia w sprawie Narodowego Programu Zdrowia oraz sytuacji zdrowotnej społeczeństwa polskiego z dnia 6 lipca 1999 r. napisano:

„Wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest jednym z najważniejszych elementów reformy ochrony zdrowia w Polsce. Skuteczne i sprawne funkcjonowanie nowego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych w dużym stopniu zależy od prawidłowego poziomu finansowania określonego wysokością składki do Kas Chorych. Ujawnione podczas wykonania budżetu państwa za 1998r. zbyt niskie nakłady na ochronę zdrowia wymagają, aby przy ocenie budżetu Kas Chorych w 1999 r. oraz planowania budżetu na rok 2000 i następane rząd uwzględnił dotychczasowe niedofinansowanie, rosnące potrzeby zdrowotne społeczeństwa, niski poziom wynagrodzeń pracowników lecznictwa oraz potrzebę przeznaczania środków na remonty i inwestycje dla organów założycielskich ZOZ-ów (samorządów lokalnych) zgodnie co najmniej z poziomem realnego wzrostu PKB zakładanego na 2000 rok i lata następane:

Tj. w 1999 r. – zapewnienie wyrównania niższych od planowanych przychodów Kas Chorych z powodu niższej ściągłości składki;

W 2000 r. – podwyższenia składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne do poziomu 8,5 procent”.

W ustawie z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym art. 19 stanowi:

„Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 10 procent podstawy wymiaru składki”.

Biorąc pod uwagę możliwości budżetu państwa proponuje się w ustawie zwiększenie składki z poziomu 7,5 % do 9%.

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 wynoszą w roku 1999 19.356 mld zł w tym 17,213 mld zł z wpływów od podatku dochodowego.

Trwałe skutki finansowe dla budżetu Państwa miałyby w 2000 roku ubytek dochodów z tytułu zmniejszenia wpływu z obniżonego podatku dochodowego od osób fizycznych w wysokości 2,87 mld złotych w cenach z 1999 roku.

Przedstawiony projekt ustawy nie jest sprzeczny z obowiązującym prawem Unii Europejskiej.



Warszawa, 2 sierpnia 1999 r.

Pan
Maciej Płażyński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia o zgodności przedstawionego poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z prawem Unii Europejskiej

Na podstawie art. 31 ust. 7 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. - Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (M.P. z 1998 r. Nr 44, poz. 618 ze zmianami) sporządza się następującą opinię:

I. Przedmiot projektu ustawy

Przedstawiony do zaopiniowania poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym miałby dokonać nowelizacji kilku przepisów obowiązującej ustawy. Dotyczą one m.in. zwiększenia wysokości składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, sposobu wybierania rad regionalnych kas chorych, a także niektórych innych przepisów dotyczących funkcjonowania kas chorych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

II. Stan prawa wspólnotowego materii objętej projektem

Stosownie do art. 5 (dawniej art. 3b) Traktatu o Wspólnocie Europejskiej (TWE), Wspólnota działa jedynie w ramach uprawnień przyznanych jej w Traktacie i celów w nim oznaczonych. Państwa członkowskie zachowują suwerenność, a jedynie przekazują wykonywanie niektórych kompetencji Wspólnocie. W oparciu o orzecznictwo Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości należy stwierdzić, że przekazanie to nie ogranicza autonomii organizacyjnej i proceduralnej

państwa członkowskiego. Państwa mogą swobodnie decydować o strukturze, kompetencjach i trybie działania organów państwowych, w tym o ich powoływaniu i likwidacji, nawet wówczas, gdy wiąże się to z implementacją prawa wspólnotowego (wyrok w sprawie International Fruit Company przeciwko Produktschap voor Groenten en Fruit z 15 grudnia 1971 r., sprawy 51-54/71 ECR z 1971 r.).

Należy zwrócić uwagę także na art. 152 TWE (dawniej art. 129) dotyczący zdrowia publicznego. Przepis ten stanowi, że Wspólnota będzie wspierała działania państw członkowskich dotyczące poprawy zdrowia publicznego, zapobiegania chorobom, usuwania zagrożeń dla zdrowia ludzkiego.

III. Układ Europejski

Układ Europejski nie zawiera żadnych szczególnych postanowień, które byłyby zbieżne z zakresem przedmiotowym opiniowanego projektu ustawy.

IV. Analiza przepisów projektu

Przedstawiona w punkcie II zasada autonomii organizacyjnej państwa może zostać rozciągnięta na organizację Kas Chorych. Wprawdzie Kasy Chorych nie zaliczają się do organów administracji publicznej, niemniej wykonują zadania o charakterze publicznym. Wydaje się przeto, że przepisy dotyczące działalności Kas Chorych można zakwalifikować do przepisów dotyczących organizacji państwa.

Pozostałe przepisy zawarte w projekcie ustawy nie są zbieżne z treścią art. 152 TWE.

V. Konkluzje

Wobec powyższego należy stwierdzić, że opiniowany projekt ustawy, nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Opracował: Bartosz Pawłowski

Akceptował: Dyrektor Biura Studiów i Ekspertyz

Wiesław Staśkiewicz

Deskryptory Bazy REX: Unia Europejska, ubezpieczenia zdrowotne, Kasy Chorych

Tłoczono z polecenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Skierowano do druku 5 sierpnia 1999 r.

Cena - 0,48 zł + 22% VAT





III kadencja

Pan

Maciej Płażyński

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r. oraz art. 29 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

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

Do reprezentowania wnioskodawców upoważniamy posłankę Annę Bańkowską.

(-) Jolanta Banach; (-) Anna Bańkowska; (-) Józef Błaszczyk; (-) Danuta Ciborowska; (-) Bronisław Cieślak; (-) Włodzimierz Cimoszewicz; (-) Witold Deręgowski; (-) Henryk Długosz; (-) Barbara Hyla-Makowska; (-) Jerzy Jankowski; (-) Jerzy Jaskiernia; (-) Seweryn Jurgielaniec; (-) Maciej Manicki; (-) Kazimierz Milner; (-) Piotr Mischuk; (-) Alicja Murynowicz; (-) Irena Maria Nowacka; (-) Marek Olewiński; (-) Katarzyna Maria Piekarska; (-) Elżbieta Piela-Mielczarek; (-) Józef Jerzy Pilarczyk; (-) Izabella Sierakowska; (-) Roman Sroczyński; (-) Władysław Szkop; (-) Jerzy Szmajdziński; (-) Andrzej Urbańczyk; (-) Danuta Waniek; (-) Zofia Wilczyńska; (-) Jan Zaciura; (-) Janusz Zemke.

Ustawa

z dnia

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

Art. 1

W ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28 poz. 153, Nr 75, poz. 486 oraz z 1998 r. Nr 117 poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144 poz. 929, Nr 162 poz. 1116) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 8 pkt. 20 otrzymuje brzmienie: „osoby utrzymujące się wyłącznie z alimentów, nie podlegające ubezpieczeniu społecznemu lub nie pobierające emerytury lub renty”.

Dotychczasowy pkt. 20 oznacza się jako pkt. 21, a pkt. 21 jako pkt. 22.

2) art. 21 ust. 3 pkt. 10 otrzymuje brzmienie: „osób wymienionych w art. 8 pkt. 20 – jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranych alimentów, których wysokość wynika z orzeczenia sądowego lub ugody sądowej”.

Dotychczasowy pkt. 10 oznacza się jako pkt. 11.

3) art. 24 ust.9 otrzymuje brzmienie: „za osobę, o której mowa w art. 8 pkt. 20 składkę oblicza i uiszcza do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych osoba zainteresowana”.

Dotychczasowy ust. 9 oznacza się jako ust. 10

- 4) w art. 167 w ust. 4 wyrazy „1 września 1999” zastępuje się wyrazami „1 maja 1999”
- 5) art. 169g ust. 1 wyrazy „o którym mowa w art. 24 ust. 1-8” zastępuje się wyrazami „o którym mowa w art. 24 ust. 1-9”.

Art. 2

Ustawa wchodzi w życie z dniem

Uzasadnienie

Według obecnie obowiązującego prawa osoba alimentowana przez byłego współmałżonka lub dzieci, nie pobierająca emerytury lub renty, nie podlegająca ubezpieczeniu z innego tytułu, podlega ubezpieczeniu zdrowotnemu dobrowolnie.

Konsekwencją tego stanu prawa jest obowiązek uiszczania składki w wysokości 7,5 % od przeciętnego wynagrodzenia miesięcznie. Z zasady wysokość alimentów jest niższa od przeciętnego, a nawet najniższego wynagrodzenia. Ten stan powoduje, że najuboższe osoby, otrzymujące niewielkie alimenty nie są w stanie opłacać składki na ubezpieczenie zdrowotne. Nie mając ubezpieczenia zdrowotnego nie mają szansy na leczenie. Jest to, jak sądzimy, niezauważony w czasie prac nad ustawą problem społeczny. Zgodnie z przepisami są opłacane składki za bezrobotnych, podopiecznych pomocy społecznej, kombatantów bez prawa do emerytury.

Dlatego proponujemy zmianą art. 8 pkt. 20 objąć obowiązkiem ubezpieczenia osoby utrzymujące się z alimentów.

Jednocześnie wnioskujemy, aby w art. 21 ust. 3 pkt. 10 podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne była kwota osiąganych alimentów, których wysokość wynika z orzeczenia sądowego lub ugody sądowej. Składka ta, zgodnie z propozycją zmiany art. 24 ust. 9 powinna obliczać i uiszczać do ZUS osoba zainteresowana. Obecnie osoby utrzymujące się wyłącznie z alimentów z powodu braku środków finansowych nie opłacają składek na ubezpieczenie zdrowotne, a więc nie są objęte tym ubezpieczeniem. W razie choroby i tak pomoc społeczna będzie musiała się nimi zająć i objąć opieką – w tym również finansową.

Zmiana ustawy – naszym zdaniem – nie spowoduje żadnych skutków finansowych dla budżetu państwa.



Warszawa, 16 grudnia 1998 r.

III kadencja

Pan

Maciej Płażyński

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji RP z 2 kwietnia 1997 r. oraz art. 29 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

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

Do reprezentowania wnioskodawców upoważniamy posłankę Annę Marię Filek.

(-) Anna Bańkowska; (-) Józef Błaszczak; (-) Stanisław Brzózka; (-) Krystyna Cencek; (-) Kazimierz Chrzanowski; (-) Jerzy Czepulkowski; (-) Anna Filek; (-) Maria Gajecka-Bożek; (-) Stanisław Janas; (-) Jerzy Jaskiernia; (-) Marian Juško; (-) Stanisław Kalemba; (-) Zdzisław Kałamaga; (-) Jacek Kasprzyk; (-) Jan Kochanowski; (-) Zygmunt Machnik; (-) Stefan Macner; (-) Maciej Manicki; (-) Alicja Murynowicz; (-) Józef Nowicki; (-) Kazimierz Nycz; (-) Wacław Olak; (-) Siergiej Plewa; (-) Roman Sroczyński; (-) Władysław Szkop; (-) Wojciech Szczęsny Zarzycki.

Ustawa

z dnia

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

Art. 1.

W ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468 oraz z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887 i Nr 144, poz. 929) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 21:

a) w ust. 1 po wyrazach „z zastrzeżeniem ust. 3a” dodać wyrazy „3b i 3c”,

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

„3b. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla wymienionych w art. 8 pkt. 1 lit. a osób niepełnosprawnych zatrudnionych w zakładach pracy chronionej i zakładach aktywności zawodowej wynosi 50% podstawy obliczeniowej zgodnie z ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 3c”;

„3c. Z podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia zdrowotne wyłącza się wynagrodzenia osób, o których mowa w ust. 3b, o ile pobierają emeryturę lub rentę z ubezpieczenia społecznego i opłacają składkę na ubezpieczenie zdrowotne w trybie art. 24 ust. 6.”

2) w art. 54:

a) w ust. 1 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się wyrazy „z zastrzeżeniem ust. 1a.”

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

„1a. Konkurs ofert nie dotyczy zakładowych przychodni rehabilitacyjnych, o których mowa w art. 57 a ust. 4.”

3) po art. 57 dodaje się art. 57a w brzmieniu:

„Art. 57a. 1. Kasy Chorych są zobowiązane do refundacji na ogólnych zasadach leków przepisywanych przez lekarzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej działających przy zakładach pracy chronionej dla pracowników tych zakładów, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Zakłady pracy chronionej, przy których działają niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej zgłaszają do kas chorych wykazy lekarzy zatrudnionych w tych zakładach, uprawnionych do wystawiania recept, o których mowa w ust. 1 oraz wykazy swoich pracowników.

3. Refundacja, o której mowa w ust. 1, dotyczy recept wystawionych przez lekarzy, o których mowa w ust. 2, dla pracowników zakładów pracy chronionej będących członkami kasy chorych.

4. Niezależnie od uprawnień do wystawiania recept refundowanych, zakładowe przychodnie rehabilitacyjne zakładów pracy chronionej mogą podpisywać umowy o świadczenie usług medycznych na ogólnych zasadach.

Art. 2.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 ...) w art. 31 wprowadza się następujące zmiany:

1) w ust. 3 w pkt. 1 lit. a po wyrazach „z zastrzeżeniem ust. 3a” dodaje się wyrazy „i 3b”

Ustawa

z dnia

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

Art. 1.

W ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468 oraz z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887 i Nr 144, poz. 929) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 21:

a) w ust. 1 po wyrazach „z zastrzeżeniem ust. 3a” dodać wyrazy „3b i 3c”,

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

„3b. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla wymienionych w art. 8 pkt. 1 lit. a osób niepełnosprawnych zatrudnionych w zakładach pracy chronionej i zakładach aktywności zawodowej wynosi 50% podstawy obliczeniowej zgodnie z ust. 2, z zastrzeżeniem ust. 3c”;

„3c. Z podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia zdrowotne wyłącza się wynagrodzenia osób, o których mowa w ust. 3b, o ile pobierają emeryturę lub rentę z ubezpieczenia społecznego i opłacają składkę na ubezpieczenie zdrowotne w trybie art. 24 ust. 6.”

2) w art. 54:

a) w ust. 1 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się wyrazy „z zastrzeżeniem ust. 1a.”

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

„1a. Konkurs ofert nie dotyczy zakładowych przychodni rehabilitacyjnych, o których mowa w art. 57 a ust. 4.”

3) po art. 57 dodaje się art. 57a w brzmieniu:

„Art. 57a. 1. Kasy Chorych są zobowiązane do refundacji na ogólnych zasadach leków przepisywanych przez lekarzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej działających przy zakładach pracy chronionej dla pracowników tych zakładów, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Zakłady pracy chronionej, przy których działają niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej zgłaszają do kas chorych wykazy lekarzy zatrudnionych w tych zakładach, uprawnionych do wystawiania recept, o których mowa w ust. 1 oraz wykazy swoich pracowników.

3. Refundacja, o której mowa w ust. 1, dotyczy recept wystawionych przez lekarzy, o których mowa w ust. 2, dla pracowników zakładów pracy chronionej będących członkami kasy chorych.

4. Niezależnie od uprawnień do wystawiania recept refundowanych, zakładowe przychodnie rehabilitacyjne zakładów pracy chronionej mogą podpisywać umowy o świadczenie usług medycznych na ogólnych zasadach.

Art. 2.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 ...) w art. 31 wprowadza się następujące zmiany:

1) w ust. 3 w pkt. 1 lit. a po wyrazach „z zastrzeżeniem ust. 3a” dodaje się wyrazy „i 3b”

2) po ust. 3a dodaje się ust. 3b w brzmieniu:

„3b. Ze środków odprowadzonych na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o których mowa w ust. 3 pkt. 1 list. a, zakłady pracy chronionej potrącają, maksymalnie do wysokości tych środków, kwoty równe wpłaconej za swoich pracowników składce na ubezpieczenie zdrowotne.”

Art. 3.

Ustawa wchodzi w życie z dniem ogłoszenia z mocą od 1 stycznia 1999 r.

Uzasadnienie

W ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym pominięto cały kompleks zagadnień dotyczących Zakładów Pracy Chronionej, a obejmujący:

1. Funkcjonowanie Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej przy Zakładach Pracy Chronionej pełniących funkcje nie tylko z zakresu medycyny pracy, ale również częściowo z zakresu medycyny leczniczej dla zatrudnionych w tych zakładach osób, szczególnie osób niepełnosprawnych, które dzięki temu nie muszą w przypadku lżejszych schorzeń (nie wymagających wizyty domowej) zwracać się do przychodni rejonowej, mając również opiekę medyczną na miejscu pracy. Odebranie lekarzom przychodni możliwości wystawiania recept refundowanych jest równoznaczne z pozbawieniem osób zatrudnionych w zakładach pracy chronionej skutecznej opieki lekarskiej, albowiem po receptę refundowaną musieliby i tak zwracać się do lekarza kasy chorych. W tym stanie rzeczy wydaje się być właściwe zobligowanie z mocy ustawy kas chorych do refundowania leków zapisywanych członkom tych kas przez lekarzy zakładowych przychodni rehabilitacyjnych. Propozycja Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej by lekarze tych przychodni podpisywali indywidualne umowy z kasami chorych nie rozwiązuje problemu, ponieważ stwarza dowolność w tym zakresie, a także w wielu przypadkach nie może być zrealizowana ze względu na zatrudnienie podstawowe (w innych placówkach) lekarzy zakładowych przychodni rehabilitacyjnych, będących niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej.
2. Uszczuplenie Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w związku z koniecznością płacenia składki na ubezpieczenie zdrowotne pracowników, praktycznie z tego funduszu. Wprowadzenie ubezpieczeń zdrowotnych jest z punktu widzenia finansowego obojętne dla osób ubezpieczonych, ponieważ składka pokrywana jest z części podatku dochodowego od osób fizycznych, a dla osób nie odprowadzających tego podatku z budżetu państwa. Wyjątek stanowią osoby zatrudnione w Zakładach Pracy Chronionej, które to zakłady zatrzymują podatek dochodowy pracowników wpłacając 90% na zakładowy fundusz rehabilitacji, a 10% na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób

Niepełnosprawnych konieczność wpłaty do kas chorych 7,5% podstawy wymiaru składki, która równocześnie jest podstawą wymiaru podatku dochodowego od osób fizycznych zmniejszy zakładowy fundusz rehabilitacji o ok. 40%, w przypadku zakładów, które nie osiągają zysków z działalności gospodarczej i dla których głównym źródłem tworzenia Zakładowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych jest podatek dochodowy od osób fizycznych.

Zaznaczyć należy, że w tych zakładach pracuje wg danych z 1.01.1997 około 50% zatrudnionych w ZPCh osób niepełnosprawnych.

Uszczuplenie Zakładowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych spowoduje zmniejszenie indywidualnej pomocy dla osób niepełnosprawnych jak. np. zakupu urządzeń ułatwiających życie, refundacji turnusów rehabilitacyjnych i organizacje nowych miejsc pracy.

Przedstawiony projekt ustawy likwiduje mankamenty dotychczasowej ustawy w tym zakresie. Projekt nie powoduje skutków budżetowych.

Rozwiązania proponowane w projekcie ustawy, nie są regulowane prawem Unii Europejskiej.

Tłoczono z polecenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Skierowano do druku 6 stycznia 1999 r.

Cena - 0,27 zł + 22% VAT





SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

III kadencja

Komisja Administracji
i Spraw Wewnętrznych
ASW-020-3-99

Druk nr 1304

Warszawa, 23 lipca 1999 r.

Pan
Maciej Płażyński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 29 ust. 2 regulaminu Sejmu, Komisja Administracji
i Spraw Wewnętrznych wnosi projekt ustawy

– o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Do reprezentowania Komisji w pracach nad projektem ustawy został
upoważniony poseł Jan Rejczak.

Przewodniczący Komisji

(-) Jan Rokita

USTAWA

z dnia 1999 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, Nr 75, poz. 468 i z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929, Nr 162, poz. 1116/ wprowadza się następujące zmiany:

1/ w art. 8 pkt 10 po wyrazach:

"uposażenie po zwolnieniu ze służby"

przecinek skreśla się i dodaje wyrazy:

"lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze.",

2/ w art. 14 ust. 2 po wyrazach:

"uposażenie po zwolnieniu ze służby"

kropkę skreśla się i dodaje wyrazy:

"lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze.",

3/ w art. 21 ust. 3 pkt 2 po wyrazach:

"kwota emerytury, renty"

dodaje się wyrazy:

"uposażenia pobieranego po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężnego o takim samym charakterze",

4/ w art. 24 ust. 1 po wyrazach:

"uposażenie po zwolnieniu ze służby"

dodaje się wyrazy:

"lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze",

5/ w art. 30 ust. 1 pkt 1 skreśla się wyraz "oraz",

zaś po wyrazach: "przychodów osób duchownych"

dodaje się wyrazy:

"oraz osób pobierających uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze".

Art. 2.

Ustawa wchodzi w życie z dniem ogłoszenia z mocą od dnia 1 stycznia 1999 r.

UZASADNIENIE

Niniejszy projekt ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym ma na celu zrównanie sytuacji prawnej wszystkich grup osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, w zakresie możliwości odliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne od podatku dochodowego, pobieranego bądź to w formie zaliczkowej bądź w postaci ryczałtu.

Istniejące obecnie zróżnicowanie wynika z:

Art. 8 pkt 10 ustawy stanowi, iż obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają również osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby, przez co należy rozumieć także świadczenie pieniężne o takim samym charakterze. Z kolei art. 24 ust. 1 ustawy nakłada na płatnika obowiązek obliczania i odprowadzania składki na ubezpieczenie zdrowotne również i za osobę pobierającą uposażenie po zwolnieniu ze służby.

Na podstawie art. 117 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji, art. 104 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Urzędzie Ochrony Państwa, art. 121 ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej oraz art. 101 ustawy z dnia 24 sierpnia 1992 r. o Państwowej Straży Pożarnej, funkcjonariuszom w/w służb mundurowych zwolnionym ze służby w przypadku orzeczenia trwałej niezdolności do służby, nabycia praw do emerytury z tytułu osiągnięcia 30 lat wysługi emerytalnej wypłaca się co miesiąc przez okres roku po zwolnieniu świadczenie pieniężne w wysokości odpowiadającej uposażeniu zasadniczemu wraz z dodatkami o charakterze stałym pobieranymi na ostatnio zajmowanym stanowisku służbowym (prawo wyboru emerytury, renty bądź tego świadczenia).

Ustawodawca potraktował zatem w/w grupy ubezpieczonych jednakowo z pozostałymi zarówno jeśli chodzi o charakter ubezpieczenia tj. ubezpieczenie obowiązkowe jak i wskazania płatników ich składek.

Zupełnie odmiennie zostały natomiast uregulowane, w stosunku do tej grupy osób, zasady odliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne i określania podstawy ich wymiaru. Przepisy ustawy w tej materii są nielogiczne i niekorzystne dla omawianej kategorii ubezpieczonych:

-art. 21 ust 3 pkt 2 przewiduje, iż podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób wymienionych w art. 8 pkt 10 ustawy tj. min. emerytów rencistów oraz osób pobierających świadczenie po zwolnieniu ze służby jest

kwota emerytury lub renty. Należy przy tym wskazać, iż osoby pobierające po zwolnieniu ze służby uposażenie lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze mają w tym okresie zawieszona świadczenia emerytalno-rentowe, a pobierane przez nich świadczenie jest zazwyczaj wyższe niż kwota przyznanej emerytury lub renty. W świetle tego zapisu byłaby to jedyna grupa osób podlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, których naliczone składki nie byłyby powiązane z osiąganym dochodem lecz obliczane byłyby od hipotetycznej kwoty zawieszona w tym czasie świadczenia z tytułu emerytury lub renty,

-art. 30 ust. 1 i 2 ustawy pomija natomiast uprawnienia w/w osób do odliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne od podatku dochodowego. Świadczenie otrzymywane przez omawiana grupę osób podlega wyłącznie opodatkowaniu podatkiem dochodowym w formie ryczałtu, w wysokości 20% uzyskanego przychodu.

W tej sytuacji w/w kategoria osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym jest jedyną grupą ubezpieczonych, których dochody z tytułu otrzymywania świadczenia pieniężnego po zwolnieniu ze służby pomniejszane są nie tylko o podatek dochodowy w formie 20% ryczałtu lecz także o należną 7.5% składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Rozwiązania powyższe są sprzeczne nie tylko z założeniami reformy ubezpieczeń zdrowotnych, zgodnie z którymi osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia winny być zwolnione z „kosztu jej wprowadzenia” (w myśl zasady, iż wprowadzenie dodatkowej składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne nie powinno obciążać dotychczasowych zarobków osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia) lecz także naruszają konstytucyjną zasadę równości wszystkich obywateli wobec prawa.

Mając powyższe na uwadze w pełni zasadne jest dokonanie zmiany obowiązujących przepisów ustawy tj.: art. 8 pkt 10, art. 14 ust. 2, art. 21 ust. 3 pkt 2, art. 24 ust. 1 i art. 30 ust. 2, które w sposób precyzyjny określają zasady obliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne omawianej grupy osób i zrównają ich sytuację z pozostałymi kategoriami osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, w zakresie możliwości odliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne od podatku dochodowego.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Warszawa, dnia 4 sierpnia 1999 r.

Pan
Maciej Płażyński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

**Opinia w sprawie zgodności projektu ustawy
o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
z prawem Unii Europejskiej**

Na podstawie art. 31 ust. 7 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. - Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (M.P. z 1998 r. Nr 44, poz. 618 z późn. zmianami) sporządza się następującą opinię:

1. Przedmiot projektu ustawy

Przedmiotem projektu ustawy jest rozszerzenie katalogu podmiotów objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym, w zakresie możliwości odliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne od podatku dochodowego oraz określenie zasad odliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne i określania podstawy ich wymiaru dla tej kategorii podmiotów.

2. Stan prawa wspólnotowego materii objętej projektem

Prawo wspólnotowe nie reguluje materii objętej proponowaną zmianą ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

3. Układ Europejski

Żadne z postanowień Układu ustanawiającego stowarzyszenie Polski ze Wspólnotami Europejskimi i ich państwami członkowskimi (Układ Europejski) nie dotyczy materii objętej zakresem omawianego projektu ustawy.

4. Analiza przepisów projektu

Zakres przedmiotowy proponowanych zmian w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie jest objęty przepisami prawa wspólnotowego ani postanowieniami Układu Europejskiego. Kwestie te regulowane są przepisami prawa krajowego państw członkowskich.

5. Konkluzje

Omawiany projekt ustawy zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie jest objęty zakresem obowiązującego prawa wspólnotowego i obowiązkiem dostosowawczym wynikającym z Układu Europejskiego.

Opracował: Zespół Integracji Europejskiej

Akceptował: Dyrektor Biura Studiów i Ekspertyz

Wiesław Staśkiewicz

Deskryptory bazy REX: Unia Europejska, ubezpieczenie zdrowotne.

Tłoczono z polecenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Skierowano do druku 6 sierpnia 1999 r.

Cena - 0,39 zł + 22% VAT





SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

III kadencja

Prezes
Rady Ministrów
RM 10-118/99

Druk nr 1456
Warszawa, 19 października 1999 r.

Pan
Maciej Płażyński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku.

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 oraz o zmianie niektórych ustaw.

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

Projekt

Ustawa

z dnia

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

Art. 1.

W ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116 oraz z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700 i Nr 70, poz. 777) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) użyte w ustawie w różnych przypadkach wyrazy „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „minister właściwy do spraw zdrowia”;
- 2) art. 2 otrzymuje brzmienie:

„Art.2. 1. 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 wizy pobytowej z prawem do pracy, przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz posiadający kartę stałego pobytu lub kartę czasowego pobytu, jeżeli:

 - 1) podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 2) ubezpieczają się dobrowolnie.

2. Ubezpieczonymi na podstawie przepisów ustawy są także zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1.

3. Ubezpieczonymi na podstawie przepisów ustawy są także osoby posiadające obywatelstwo polskie, nie zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej

Polskiej, jeżeli są objęte ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887 i Nr 162, poz. 1118 i 1126 oraz z 1999 Nr 26, poz. 228 i Nr 72, poz. 802).

4. Ubezpieczonymi na podstawie przepisów ustawy są także cudzoziemcy - studenci i słuchacze studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej.”;
- 3) w art. 4 po ust.8 dodaje się ust.9 i 10 w brzmieniu:
 - „9. Kasa Chorych może realizować zlecone i finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia zadania z zakresu ochrony zdrowia obejmujące świadczenia zdrowotne oraz zaopatrzenie w leki i lecznicze środki techniczne określone na podstawie art. 31a ust. 1 pkt 7.
 10. Zakres i zasady finansowania oraz tryb realizowania zadań, o których mowa w ust.9, określa umowa pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia i Kasą Chorych.”;
 - 4) w art. 4a w ust. 3 w zdaniu drugim wyrazy „art. 69c ust. 3” zastępuje się wyrazami „art. 69c ust. 6”;
 - 5) w art. 7:
 - a) w pkt 13 wyrazy „Ministra Pracy i Polityki Socjalnej” zastępuje się wyrazami „ministra właściwego do spraw pracy” oraz wyrazy „w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”” zastępuje się wyrazami „w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej”;
 - b) w pkt 14 po wyrazach „w odrębnych przepisach” dodaje się wyrazy „oraz osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy”;
 - c) w pkt 21
 - wyrazy „pozostające na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego opłacającego składkę” zastępuje się wyrazami „nie podlegające ubezpieczeniu z innego tytułu”;
 - w lit. c skreśla się wyrazy „i nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia”;
 - d) w pkt 23 po wyrazie „oraz” dodaje się wyrazy „grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych”;
 - e) skreśla się pkt 27;

6) w art. 8:

- a) w pkt 1 w zdaniu wstępnym wyraz „objęte” zastępuje się wyrazami „spełniające warunki do objęcia”,
- b) w pkt 8 po wyrazie „senatorowie” dodaje się wyrazy „pobierający uposażenie poselskie albo senatorskie”,
- c) w pkt 10 po wyrazach „uposażenie po zwolnieniu ze służby” dodaje się wyrazy „lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze”,
- d) w pkt 11 otrzymuje następujące brzmienie:
 „11) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, oraz dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze, nie podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu”,
- e) w pkt 12 wyrazy „nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu” zastępuje się wyrazami „nie podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 2 ust.4”,
- f) po pkt 12 dodaje się pkt 12a w brzmieniu:
 „12a) alumni wyższych seminariów duchownych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich”,
- g) w pkt 16 po wyrazach „świadczenie przedemerytalne” dodaje się wyrazy „oraz osoby nie pobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-5 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. Nr z 1997 r. Nr 25, poz. 128, Nr 28, poz. 153, Nr 41, poz. 255, Nr 63, poz. 403, Nr 93, poz. 569, Nr 107, poz. 692, Nr 121, poz. 770, Nr 123, poz. 776, z 1998 r. Nr 66, poz. 431, Nr 106, poz. 668, Nr 108, poz. 684, Nr 137, poz. 887, Nr 162, poz. 1112, 1118 i 1126 oraz z 1999 r. Nr 60, poz. 636),”,
- h) w pkt 19 wyrazy „nie pozostające na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu” zastępuje się wyrazami „nie podlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu”,
- i) po pkt 19 dodaje się pkt 19a w brzmieniu:
 „19a) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu, jeżeli nie są objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu”,
- j) w pkt 20 przecinek na końcu zastępuje się kropką oraz skreśla się pkt 21;

- 7) w art. 8a po ust. 7 dodaje się ust. 8 i 9 w brzmieniu:
- „8. Członek rodziny, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, może być zgłoszony tylko w jednej Kasie Chorych.
9. W przypadku zgłoszenia członka rodziny, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, w więcej niż jednej Kasie Chorych, ważne jest zgłoszenie dokonane jako ostatnie. Przepis art. 16 ust. 13 stosuje się odpowiednio.”;
- 8) art. 10 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 10. W Kasach Chorych nie mogą ubezpieczać się cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej.”;
- 9) w art. 11:
- a) po wyrazie „rolników” dodaje się wyrazy „, z zastrzeżeniem ust. 2”;
- b) dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 oraz dodaje się ust. 2 w brzmieniu:
- „2. Jeżeli pracownik korzysta z urlopu bezpłatnego, obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu. Po zakończeniu urlopu, przepis art. 8 pkt 1 lit. a) stosuje się odpowiednio.”;
- 10) w art. 14 w ust. 2 po wyrazach „uposażenie po zwolnieniu ze służby” dodaje się wyrazy „lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze”;
- 11) w art. 15:
- a) w pkt 2 „opiekuńczo-wychowawczej, resocjalizacyjnej” zastępuje się wyrazami „pełniącej funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze”;
- b) po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:
- „3a) osób wymienionych w art. 8 pkt 12a – powstaje z dniem przyjęcia do wyższego seminarium duchownego lub do postulatu, a wygasa z dniem ukończenia 25 roku życia albo wystąpienia z wyższego seminarium duchownego lub zakonu,”;
- c) w pkt 6 po wyrazie „pobierania” dodaje się wyrazy „, a w przypadku osób nie pobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 8 pkt 16 – obejmuje okres od dnia zarejestrowania się w

urzędzie pracy do dnia przyznania prawa do zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego”,

d) po pkt 8 dodaje się pkt 8a w brzmieniu:

„8a) osób, o których mowa w art. 8 pkt 19a - powstaje z dniem zawarcia ugody sądowej lub zasądzenia świadczenia alimentacyjnego a wygasa w dniu w którym należności z tytułu alimentów przestaną być wymagalne.”,

e) w pkt 9 przecinek na końcu zastępuje się kropką oraz skreśla się pkt 10;

12) w art. 16:

a) w ust. 1 wyrazy „ust. 11” zastępuje się wyrazami „ust. 1a i 11”,

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

„1a. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniem społecznym rolników nie stosuje się przepisów o objęciu ubezpieczeniem wstecz.”,

c) w ust. 3 wyrazy „lub inna właściwa instytucja emerytalno-rentowa” zastępuje się wyrazami „, , inna właściwa instytucja emerytalno-rentowa lub bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy” oraz dodaje się zdanie drugie w brzmieniu: „Osoby pobierające uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, a także osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze zgłasza do ubezpieczenia wypłacający uposażenie lub świadczenie.”,

d) w ust. 4 wyrazy „opiekuńczo-wychowawcze, resocjalizacyjne” zastępuje się wyrazami „pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze”,

e) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Osoby wymienione w art. 8 pkt 12a zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio wyższe seminaria duchowne lub zakony.”,

f) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Bezrobotnych oraz osoby, o których mowa w art. 8 pkt 16, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego urząd pracy.”,

g) w ust.8 po wyrazach „ośrodek pomocy społecznej” dodaje się wyrazy „ lub powiatowe centrum pomocy rodzinie”,

h) po ust.8 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:

„8a. Kombatantów, o których mowa w art. 8 pkt 18, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych”;

13) w art. 21:

- a) w ust. 2 po wyrazach „2c” dodaje się wyrazy „, 2d”;
- b) w ust. 2c wyrazach „i chorobowe” dodaje się wyrazy „finansowanych przez ubezpieczonych nie będących płatnikami składek”;
- c) po ust. 2c dodaje się ust. 2d w brzmieniu:
 „2d. Podstawę wymiaru składek dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej pełniących służbę kandydacką stanowi kwota odpowiadająca wysokości najniższego wynagrodzenia.”;
- d) w ust. 3:
- w pkt 2 po wyrazach „ryczałtu energetycznego” dodaje się wyrazy „ekwiwalentu pieniężnego z tytułu prawa do bezpłatnego węgla oraz deputatu węglowego albo kwota uposażenia pobieranego w stanie spoczynku lub uposażenia rodzinnego, kwota uposażenia pobieranego po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężnego o takim samym charakterze”;
 - w pkt 6 po wyrazach „świadczenia przedemerytalnego” dodaje się wyrazy „, a w przypadku niepobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego – kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej”;
 - w pkt 9 po wyrazach „zasiłku wychowawczego” dodaje się wyrazy „, a w przypadku niepobierania zasiłku – kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej”;
 - pkt 10 otrzymuje brzmienie:
 „10) osób wymienionych w art. 8 pkt 19a – jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej”;
- e) w ust. 3a po wyrazach „art. 8 pkt 1 lit. f)” dodaje się wyrazy „oraz pkt 12a”;

14) art. 22 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 22. 1. Jeżeli spełnione są przesłanki do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia z więcej niż jednego tytułu, o którym mowa w art. 8, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Jeżeli ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego źródła w ramach takiego samego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia, o którym mowa w art. 8, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego ze źródeł przychodów.

3. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innej podstawy do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia, gdy w każdym z tych tytułów składka jest finansowana z budżetu państwa, składka jest opłacana wyłącznie z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia.”;

15) w art. 24:

- a) w ust. 1 skreśla się wyrazy „ , pobierającą uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne albo uposażenie po zwolnieniu ze służby”,
- b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:
„1a. Za funkcjonariuszy o których mowa w art. 21 ust. 2d składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza szkoła Państwowej Straży Pożarnej.”,
- c) w ust. 6 wyrazy „albo inna instytucja emerytalno-rentowa wypłacająca emeryturę lub rentę” zastępuje się wyrazami „ , inna instytucja emerytalno-rentowa wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy”,
- d) po pkt 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:
„6a. Za osobę pobierającą uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza wypłacający to uposażenie lub świadczenie.”;

16) w art. 25:

- a) w ust. 1:
 - w pkt 1 po wyrazach „działy specjalne” dodaje się wyrazy „produkcji rolnej”,
 - w pkt 2 po wyrazie „zasiłku” dodaje się wyrazy „oraz osób nie pobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 8 pkt 16”,
 - w pkt 3 wyrazy „osób pobierających zasiłek wychowawczy” zastępuje się wyrazami „osób korzystających z urlopu wychowawczego”,
 - w pkt 5 wyrazy „opiekuńczo wychowawczej, resocjalizacyjnej” zastępuje się wyrazami „pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze ”,

- w pkt 6 wyrazy „w art. 8 pkt 12” zastępuje się wyrazami „w art. 8 pkt 12 i 12a” oraz skreśla się wyrazy „jeżeli nie podlegają one obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.”,
 - b) w ust. 3 po wyrazach „ubezpieczenie zdrowotne duchownych” dodaje się wyrazy „oraz alumnów wyższych seminariów duchownych, postulików, nowicjuszy i juniorystów”;
- 17) w art. 26 w ust. 3 w pkt 1 wyrazy „pkt 2 – 19 i 21” zastępuje się wyrazami „pkt 2 – 19a”;
- 18) po art. 26 a dodaje się art. 26b w brzmieniu:
 „Art. 26 b. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, odrębny tryb określania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, sposób zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, ze względu na zasady obronności lub bezpieczeństwa Państwa.”;
- 19) w art. 29 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
 „1. Do zwrotu nadpłaconej składki stosuje się odpowiednio przepisy rozdziału 9 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa.”;
- 20) art. 30:
- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:
 „1. Składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu:
 - 1) od podatku dochodowego od osób fizycznych – na zasadach określonych w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 1993 r. Nr 90, poz. 416 i Nr 134, poz. 646, z 1994 r. Nr 43, poz. 163, Nr 90, poz. 419, Nr 113, poz. 547, Nr 123, poz. 602 i Nr 126, poz. 626, z 1995 r. Nr 5, poz. 25 i Nr 133, poz. 654, z 1996 r. Nr 25, poz. 113, Nr 87, poz. 395, Nr 137, poz. 638, Nr 147, poz. 686 i Nr 156, poz. 776, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 30, poz. 164, Nr 71, poz. 449, Nr 85, poz. 538, Nr 96, poz. 592, Nr 121, poz. 770, Nr 123, poz. 776, Nr 137, poz. 926, Nr 139, poz. 932 - 934 i Nr 141, poz. 943 i 945 oraz z 1998 r. Nr 66, poz. 430, Nr 74, poz. 471, Nr 108, poz. 685, Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 930 - 935, Nr 162, poz. 1121 i Nr 62, poz. 689),
 - 2) od zryczałtowanego podatku dochodowego z tytułu dochodów osiąganych przez osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą

oraz przez osoby duchowne – na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. Nr 144, poz. 930).”,

b) w ust. 3 skreśla się wyrazy „i 2”, a wyraz „gmin” zastępuje się wyrazami „jednostek samorządu terytorialnego”;

21) w art. 31 w ust. 2 w pkt 9 po wyrazach „lecnicze środki techniczne” dodaje się wyrazy „, z zastrzeżeniem art. 31a ust. 1 pkt 7”;

22) w art. 31a:

a) w ust. 1:

- w pkt 2 po wyrazach „kontynuowaniem nauki” dodaje się wyrazy „w tym w placówkach, o których mowa w art. 8 pkt 11”;
- w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:
„5) szczepienia ochronne inne niż wynikające z odrębnych przepisów, z zastrzeżeniem ust. 1a,”;
- pkt 7 otrzymuje brzmienie:
„7) świadczenia zdrowotne, leki i lecnicze środki techniczne finansowane z budżetu państwa.”;

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. Szczepionki przy wykonywaniu szczepień ochronnych, o których mowa w ust. 1 pkt 5, finansowane są z budżetu państwa. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób nabywania szczepionek przy wykonywaniu szczepień ochronnych, z zachowaniem zasad celowości i gospodarności.

1b. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz świadczeń zdrowotnych, leków i leczniczych środków technicznych, o których mowa w ust. 1 pkt 7 ze względu na:
 - a) szczególnie wysokie koszty,
 - b) wymagania dotyczące szczególnych kwalifikacji personelu,
 - c) konieczność użycia specjalistycznej aparatury lub technologii medycznej,
- 2) tryb nabywania oraz przekazywania świadczeniodawcom leków i leczniczych środków technicznych w drodze ich zamówienia wspólnego oraz

tryb przekazywania środków publicznych na zakup leków i leczniczych środków technicznych,”

c) w ust. 2 zdanie trzecie otrzymuje brzmienie:

„Koszty tych świadczeń oraz koszty transportu ubezpieczonego za granicę i transportu do kraju są finansowane z budżetu państwa.”

d) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady i tryb kierowania ubezpieczonych na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, a także sposób pokrywania kosztów tych świadczeń oraz kosztów transportu ubezpieczonego za granicę i transportu do kraju.”;

23) w art. 31b po ust. 2 dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania określi, w drodze rozporządzenia, w odniesieniu do świadczeń udzielanych dzieciom do lat 18, zakres świadczeń profilaktycznych w szczególności badań przesiewowych wraz z określeniem wieku dziecka, w jakim te badania są przeprowadzane.

4. Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 3, uwzględnia szczególną rolę profilaktyki zdrowotnej, w tym promocji zdrowia, dla dzieci.”;

24) w art. 31c:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Ubezpieczony ma prawo do wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę z Kasą Chorych, do której ubezpieczony należy.”;

b) skreśla się ust. 3 i 4;

25) w art. 37:

a) w ust. 1 wyrazy „Ministrom Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych i Administracji” zastępuje się wyrazami „Minister Obrony Narodowej oraz ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych”;

b) w ust. 5 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) wykaz leków, które mogą być traktowane jak surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych.”;

26) w art. 39:

- a) w ust. 1 wyraz „Osobom” zastępuje się wyrazem „Ubezpieczonym” oraz po wyrazie „leki” dodaje się wyrazy „, artykuły sanitarne”,
- b) w ust. 2 po wyrazie „leków” dodaje się wyrazy „, artykułów sanitarnych”;

27) w art. 44:

- a) w ust. 2 po wyrazach „w leki” dodaje się wyrazy „wydawane wyłącznie na podstawie recepty lekarskiej oraz leki dopuszczone do wydawania bez recepty w ilości jednego, najmniejszego opakowania, ujęte w Rejestrze Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 10 października 1991 r. o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej (Dz. U. Nr 105, poz. 452, z 1993 r. Nr 16, poz. 68 i Nr 47, poz. 211, z 1996 r., Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152, Nr 43, poz. 272, Nr 60, poz. 369, Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 770 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668) dopuszczonych do obrotu w Polsce oznaczonych symbolem <<Rp>> i <<Rp•>>.”,
- b) ust. 3 dodaje się zdanie drugie w brzmieniu: „Osoba dokonująca zakupu leków obowiązana jest okazać dokument osoby uprawnionej potwierdzający jej uprawnienie oraz dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej.”;
- c) po ust. 3 dodaje się ust. 4-5 w brzmieniu:
 - „4. Recepty wystawione na rzecz osoby uprawnionej, o której mowa w ust.1 i 2, mogą być realizowane wyłącznie w jednej, wybranej przez uprawnionego aptece. Apteka prowadzi rejestr uprawnionych, zawierający imię, nazwisko uprawnionego, numer PESEL, numer dowodu tożsamości oraz numer NIP w przypadku osoby, której nadano ten numer, adres zamieszkania, rodzaj i numer dokumentu uprawniającego a także zestawienie recept wystawionych na rzecz uprawnionego.
 - 5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór rejestru uprawnionych, o którym mowa w ust.4, a także warunki zmiany apteki, w której są realizowane recepty.”;

28) po art. 44 dodaje się art. 44a w brzmieniu:

„Art. 44a. Bezpłatne zaopatrzenie w leki o którym mowa w art. 43 i 44 ust.1, przysługuje do wysokości limitu, o którym mowa w art. 59a ust.2.”;

29) skreśla się art. 46;

30) w art. 47 w ust. 1 po wyrazach „lub odpłatnie” oraz w ust. 2 po wyrazach „lekarza ubezpieczenia zdrowotnego” dodaje się wyrazy „, z zastrzeżeniem art. 31a ust. 1 pkt 7”;

31) w art. 51:

a) w ust 1 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„W razie:

- 1) nagłego zachorowania związanego z wypadkiem, urazem lub zatruciem,
- 2) porodu,
- 3) stanu zagrożenia życia

karta może zostać przedstawiona w terminie późniejszym, na zasadach określonych w statucie Kasy Chorych.”,

b) w ust. 2 skreśla się wyrazy „z wyjątkiem nagłych zachorowań związanych z wypadkiem, zatruciem, urazem, porodem, stanami zagrożenia życia.”;

32) skreśla się art. 55a;

33) w art. 58 w ust.1 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) okulisty.”;

34) w art. 59 w ust. 2 w pkt 3 po wyrazie „przekazywać” dodaje się wyrazy „Kasie Chorych”;

35) w art. 59a

a) w ust. 2 skreśla się wyrazy „z zastrzeżeniem art. 44 ust.2”,

b) w ust.3 w pkt 3 po wyrazie „informacji” dodaje się wyrazy „w szczególności danych z rejestru, o których mowa w art. 44 ust. 4.”,

c) w ust. 7 po wyrazie „odsetki” dodaje się wyrazy „w wysokości określonej zgodnie z ust. 3 pkt 4”;

36) w art. 61 po ust.2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Osoby dokonujące kontroli nie mogą udostępniać informacji, uzyskanych w związku z przeprowadzoną kontrolą, nieupoważnionym osobom trzecim.”;

37) w art. 62:

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

„1a. W razie zameldowania ubezpieczonego na pobyt czasowy poza obszarem działania właściwej Kasy Chorych, świadczeń udziela świadczeniodawca, z którym Kasa

Chorych, właściwa ze względu na miejsce czasowego zameldowania ubezpieczonego, zawarła umowę o udzielanie świadczeń.”;

b) w ust. 2 po wyrazach „ust. 1” dodaje się wyrazy „i ust. 1a”;

38) w art. 75a w ust. 1 wyrazy „marszałek sejmiku województwa” zastępuje się wyrazami „marszałek województwa”;

39) w art. 76:

a) w pkt 3 po wyrazie „medycznych” dodaje się wyrazy „oraz pozostałych członków zarządu”;

b) w pkt 9 po wyrazie „nieruchomości” dodaje się wyrazy „, a także upoważnienie zarządu do wystąpienia z wnioskiem o kredyt bankowy, na zasadach określonych w art. 131b ust. 8 – 12”;

c) dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 oraz dodaje się ust. 2 w brzmieniu:
 „2. Uchwałę o przyjęciu i zatwierdzeniu kwartalnego sprawozdania finansowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 5, rada kasy podejmuje w terminie dwóch miesięcy od końca kwartału którego dotyczyło sprawozdanie.”;

40) w art. 82:

a) w ust. 5 wyrazy „dyrektor zarządu” zastępuje się wyrazami „dyrektor Kasy Chorych”;

b) w ust. 6 przecinek na końcu pkt 15 zastępuje się kropką oraz skreśla się pkt 16;

41) w art. 108:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) określa, po zasięgnięciu opinii krajowych przedstawicieli świadczeniodawców, zasady współpracy Kas Chorych ze świadczeniodawcami, a w szczególności zasady oceny jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych oraz analizy przyczyn wzrostu kosztów świadczeń, a także zasady kontroli realizacji umów,”;

b) skreśla się pkt 3;

42) w art. 113a w ust. 1 po wyrazach „Biura Krajowego Związku Kas” oraz w art. 115 w ust. 1 i w art. 117 w ust. 1 i 2 po użytych w różnych przypadkach wyrazach „Rada Krajowego Związku Kas” dodaje się wyraz „Chorych”;

43) w art. 114 w ust. 2 wyrazy „przewodniczącemu rady” zastępuje się wyrazami „przewodniczącemu Rady”;

44) w art. 128 w ust. 1 w pkt 8 kropkę na końcu zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 9 w brzmieniu:

„9) inne koszty.”;

45) w art. 131b po ust. 7 dodaje się ust. 8 – 12 w brzmieniu:

„8. Kasa Chorych w uzasadnionych wypadkach, może zaciągnąć kredyt w banku, na zasadach określonych w ust. 9 – 12.

9. Łączne zadłużenie Kasy z tytułu zaciągniętych kredytów nie może przekroczyć kwoty 5% planowanych rocznych wpływów ze składek przewidzianych w planie finansowym na rok, w którym kredyt ma być zaciągnięty.

10. Kasa Chorych zaciąga kredyt na okres nie przekraczający 1 roku za zgodą Prezesa Urzędu Nadzoru. Prezes Urzędu Nadzoru może wydać zgodę po zbadaniu przedłożonego przez Kasę planu wykorzystania kredytu.

11. Kasa Chorych zaciąga kredyt na okres dłuższy niż 1 rok za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych. Minister właściwy do spraw finansów publicznych może wydać zgodę po zasięgnięciu opinii Prezesa Urzędu Nadzoru.

12. Prezes Urzędu Nadzoru przekazuje kwartalnie ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych informację o wysokości zadłużenia poszczególnych Kas Chorych z tytułu zaciągniętych kredytów.”;

46) w art. 131d w ust. 1 w pkt 2 kropkę zastępuje się przecinkiem oraz dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) zwiększenie przychodów w następnym roku.”;

47) w art. 141a po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po uzyskaniu opinii Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych i Krajowego Związku Kas Chorych określi, w drodze rozporządzeń, zakres niezbędnych danych:

- 1) gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych danych oraz ich udostępniania Kasom Chorych, Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, Krajowemu Związkowi Kas Chorych, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i wojewodom, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów,
- 2) gromadzonych w systemach informatycznych Kas Chorych oraz wzory i zasady przekazywania Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych i Krajowemu Związkowi Kas Chorych sprawozdań okresowych, a także wzory i

sposób przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i wojewodom zbiorczych danych dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonych będących członkami Kasy Chorych,

- 3) przekazywanych Kasom Chorych przez apteki, o których mowa w art. 141 b ust. 1.”;

48) w art. 141b:

- a) w ust.1 skreśla się wyrazy „których rodzaj określa Rada Krajowego Związku Kas Chorych w porozumieniu z Naczelną Radą Aptekarską”;
- b) w ust.2 wyrazy „które określa Rada Krajowego Związku Kas Chorych” zastępuje się wyrazami „ustalone na podstawie art. 141 a ust.3 pkt 1”;

49) art. 141d skreśla się;

50) w art. 142:

- a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a:
 „1a. Kasa Chorych może zobowiązać Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, określając jednocześnie jej zakres przedmiotowy i podmiotowy.”;
- b) w ust. 3 wyrazy „w ust. 1 i 2” zastępuje się wyrazami „w ust. 1, 1a i 2”;

51) w art. 151:

- a) w ust1 skreśla się wyrazy „jako centralny organ administracji rządowej”;
- b) ust.2-7 otrzymuje brzmienie:
- „2. Urzędem Nadzoru kieruje Prezes, będący centralnym organem administracji rządowej, powoływany przez Prezesa Rady Ministrów, na okres 5 lat.
3. Odwołanie Prezesa Urzędu Nadzoru przez Prezesa Rady Ministrów przed upływem kadencji może nastąpić w wypadku:
- 1) działania niezgodnego z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w szczególności w wypadku braku nadzoru nad działalnością finansową kas chorych,
 - 2) uznania, że Prezes stał się trwale niezdolny do pełnienia obowiązków,
 - 3) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za popełnienie przestępstwa,
 - 4) zrzeczenia się stanowiska przez Prezesa.

4. Prezes Rady Ministrów powołuje i odwołuje dwóch wiceprezesów Urzędu Nadzoru na wniosek Prezesa Urzędu Nadzoru.
 5. Wynagrodzenie Prezesa i wiceprezesów Urzędu Nadzoru ustalane jest zgodnie z przepisami o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe.
 6. Nadzór nad działalnością Prezesa Urzędu Nadzoru sprawuje Prezes Rady Ministrów, stosując kryterium zgodności z prawem.
 7. W zakresie funkcji nadzoru Prezes Urzędu Nadzoru podlega jedynie ustawom.”,
- c) po ust. 7 dodaje się ust.8 w brzmieniu:
- „8.Organizację Urzędu Nadzoru określa statut nadany przez Prezesa Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia.”,

52) art. 151a-151f otrzymuje brzmienie:

- „Art. 151a. 1. Zadaniem Prezesa Urzędu Nadzoru jest nadzór nad funkcjonowaniem systemu ubezpieczeń zdrowotnych.
2. Zadanie, o którym mowa w ust. 1, Prezes Urzędu Nadzoru realizuje poprzez:
- 1) sprawowanie nadzoru nad działalnością Kas Chorych i innych instytucji wykonujących zadania z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 2) współdziałanie z organami administracji rządowej i jednostkami samorządu terytorialnego, Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Zdrowotnego, Krajowym Związkiem Kas Chorych, Kasami Chorych oraz innymi instytucjami wykonującymi zadania z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 3) upowszechnianie wiedzy społeczeństwa na temat celów i zasad ubezpieczenia zdrowotnego, ze szczególnym uwzględnieniem praw przysługujących ubezpieczonym, poprzez prowadzenie działalności szkoleniowej i informacyjnej.
 - 4) podejmowanie innych działań przewidzianych przepisami niniejszej ustawy.

Art. 151b.1.Do postępowania przed Prezesem Urzędu Nadzoru, z wyjątkiem spraw, o których mowa w art. 151f, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

2. Na decyzję Prezesa Urzędu Nadzoru służy skarga do Naczelnego Sądu Administracyjnego.
3. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Prezesa Urząd Nadzoru nie wstrzymuje wykonania decyzji.

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

Art., 151d.1. Prezes Urzędu Nadzoru sprawuje nadzór nad działalnością:

- 1) Kas Chorych i Krajowego Związku Kas Chorych,
 - 2) świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Kasami Chorych,
 - 3) instytucji ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 4a, w zakresie realizacji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Prezes Urzędu Nadzoru sprawuje nadzór nad gospodarką finansową podmiotów, o których mowa w ust. 1, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.
 3. Prezes Urzędu Nadzoru:
 - 1) zatwierdza statuty Krajowego Związku Kas Chorych i Kas Chorych oraz ich zmiany,
 - 2) bada uchwały przyjmowane przez organa uchwałodawcze podmiotów, o których mowa w pkt 1, w zakresie zgodności z prawem i planem finansowym,
 - 3) stwierdza nieważność uchwały w całości lub w części, jeżeli narusza ona prawo lub stwarza zagrożenie wystąpienia ujemnego wyniku finansowego.
 4. W przypadku uznania przez Prezesa Urzędu Nadzoru uchwały dotyczącej planu finansowego za nieważną w całości lub w części, jeśli nieprawidłowości uchwały nie zostaną w terminie wyznaczonym usunięte przez organ uchwałodawczy oraz w przypadku nie uchwalenia planu finansowego na rok następny do dnia 15 listopada roku poprzedzającego przez podmiot wymieniony w ust. 2 pkt 1, Prezes Urzędu Nadzoru ustala plan finansowy w całości lub w części uznanej za nieważną.

5. Prezes Urzędu Nadzoru rozpatruje i zatwierdza kwartalne i roczne sprawozdania finansowe Kas Chorych i podmiotów, o których mowa w art. 4a.
6. Prezes Urzędu Nadzoru może żądać dodatkowych informacji od podmiotów, o których mowa w ust. 5, określając ich wzór i terminy przedkładania.

Art. 151e.1. W razie naruszenia planu finansowego, wystąpienia zachwiania płynności albo powstania niebezpieczeństwa niewypłacalności, zarząd Kasy Chorych niezwłocznie zawiadamia o tym Prezesa Urzędu Nadzoru oraz wszczyna postępowanie naprawcze.

2. Zarząd Kasy Chorych jest obowiązany w ciągu jednego miesiąca od daty powstania podstawy wszczęcia postępowania naprawczego przedstawić Prezesowi Urzędu Nadzoru program tego postępowania.
3. Prezes Urzędu Nadzoru może zobowiązać zarząd Kasy Chorych do wszczęcia postępowania naprawczego, gdy zarząd Kasy Chorych nie podejmie działań określonych w ust. 1.
4. Prezes Urzędu Nadzoru ustanawia zarząd komisaryczny Kasy Chorych jeżeli:
 - 1) Kasa Chorych poważnie naruszy plan finansowy,
 - 2) w przypadku naruszenia funduszu rezerwowego nie przedstawi Prezesowi Urzędu Nadzoru planu przywrócenia równowagi finansowej,
 - 3) przedstawiony plan tej równowagi nie gwarantuje albo, gdy realizacja planu okaże się nieskuteczna,.
5. Prezes Urzędu Nadzoru może ustanowić zarząd komisaryczny Kasy Chorych w każdym przypadku rażącego naruszenia przepisów prawa i nieusunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie oraz nie wywiązywania się z zadań ustawowych.
6. Zarząd komisaryczny Kasy Chorych ustanowiony przez Prezesa Urzędu Nadzoru może być powołany na okres do 24 miesięcy.
7. Na zarząd komisaryczny przechodzi prawo podejmowania decyzji we wszelkich sprawach zastrzeżonych w ustawie i statucie do właściwości organów Kasy Chorych.
8. Z dniem ustanowienia zarządu komisarycznego zarząd Kasy Chorych ulega rozwiązaniu, a wszelkie udzielone przez niego pełnomocnictwa wygasają. Na czas trwania zarządu komisarycznego kompetencje innych organów Kasy Chorych ulegają zawieszeniu.

9. Ustanowienie zarządu komisarycznego nie wpływa na organizację i sposób działania Kasy Chorych, z wyjątkiem zmian przewidzianych w ustawie.
10. Zarząd komisaryczny opracowuje i uzgadnia z Prezesem Urzędu Nadzoru program naprawczy Kasy Chorych, zapewnia należyte jego wykonanie oraz nie rzadziej, niż co trzy miesiące informuje Prezesa Urzędu Nadzoru o wynikach realizacji programu,
11. Na decyzję o ustanowieniu zarządu komisarycznego radzie Kasy Chorych służy skarga do Naczelnego Sądu Administracyjnego. Wniesienie skargi nie wstrzymuje wykonania decyzji.
12. Szczegółowe zadania zarządu komisarycznego, terminy ich wykonania oraz wynagrodzenia członków zarządu komisarycznego określa decyzja o ustanowieniu zarządu. Koszty działalności zarządu komisarycznego obciążają Kasę Chorych.
13. Ustanowienie zarządu komisarycznego podlega zgłoszeniu do rejestru, o którym mowa w art. 67 ust. 1.

Art. 151f.1. Prezes Urzędu Nadzoru może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę działalności i stanu majątkowego Kas Chorych, podmiotów, o których mowa w art. 4a oraz Krajowego Związku Kas Chorych.

2. Prezes Urzędu Nadzoru może przeprowadzić kontrolę świadczeniodawców i innych podmiotów realizujących zadania ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Przy przeprowadzaniu kontroli Prezes Urzędu Nadzoru może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Kasę Chorych.
4. W zakresie obejmującym dokumentację medyczną kontrolę może przeprowadzać wyłącznie osoba posiadająca odpowiednie uprawnienia do kontroli dokumentacji medycznej określone w odrębnych przepisach.
5. Podmioty wymienione w ust. 1 i 2, zobowiązane są do przedkładania Prezesowi Urzędu Nadzoru dokumentacji, udzielania mu pomocy oraz udzielania wszelkich informacji niezbędnych do wypełniania jego zadań.
6. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 i 2, Prezes Urzędu Nadzoru uprawniony jest w szczególności do:

- 1) żądania udostępnienia przez kontrolowanych kopii dokumentów związanych z działalnością oraz zapoznawania się z ich treścią,
 - 2) żądania wszelkich informacji i wyjaśnień od członków organów kontrolowanych podmiotów i ich pracowników dotyczących kontrolowanej działalności.
7. Upoważnienie udzielone przez Prezesa Urzędu Nadzoru osobie przeprowadzającej kontrolę, zwanej dalej „osobą kontrolującą”, określa zakres i termin kontroli.
8. Osoba kontrolująca ma prawo wstępu do pomieszczeń:
- 1) Kasy Chorych i innych podmiotów realizujących zadania ubezpieczenia zdrowotnego - w celu sprawdzenia, czy prowadzona działalność jest zgodna z prawem i statutem,
 - 2) świadczeniodawcy - w celu sprawdzenia, czy jego działalność związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jest zgodna z prawem i umową.
9. Osoba kontrolująca ma prawo:
- 1) wglądu do wszelkich ksiąg, dokumentów i innych nośników informacji,
 - 2) żądania sporządzenia oraz wydania kopii tych dokumentów i nośników informacji,
 - 3) żądania udzielenia informacji przez członków władz statutowych i pracowników kontrolowanych podmiotów.
10. Podmiot kontrolowany jest obowiązany zapewnić osobie kontrolującej dostęp do wszystkich ksiąg, dokumentów i innych nośników informacji związanych z działalnością, które są przechowywane u osób trzecich w związku z powierzeniem im niektórych czynności na podstawie odrębnych umów.
11. Przy przeprowadzaniu kontroli przepisy dotyczące ochrony danych osobowych stosuje się odpowiednio.
12. Osoba przeprowadzająca kontrolę jest obowiązana zachować wszelkie informacje otrzymane w toku kontroli jako tajemnicę służbową.
13. Prezes Urzędu Nadzoru może wydawać zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności kontrolowanego podmiotu do przepisów prawa.
14. W razie niewykonywania zaleceń, o których mowa w ust. 13, prowadzenia działalności z naruszeniem przepisów prawa, statutu, odmowy udzielenia

wyjaśnień i informacji, o których mowa w ust. 6, Prezes Urzędu Nadzoru może w przypadku:

1) Kas Chorych:

- a) nakładać na członka zarządu Kasy Chorych karę upomnienia, lub karę pieniężną do wysokości 1-miesięcznego wynagrodzenia tej osoby wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie trzy miesiące przed nałożeniem kary,
- b) występować do właściwego organu Kasy Chorych z wnioskiem o odwołanie członka zarządu,
- c) występować do właściwego organu Kasy Chorych z wnioskiem o zawieszenie w czynnościach członka zarządu do czasu rozpatrzenia wniosku o jego odwołanie,
- d) ustanawiać zarząd komisaryczny,

2) Krajowego Związku Kas Chorych:

- a) nakładać kary pieniężne na dyrektora biura w wysokości określonej w pkt 1 lit. a),
- b) nakładać kary pieniężne na członków prezydium Rady Krajowego Związku Kas Chorych w wysokości do 3-krotnego przeciętnego wynagrodzenia,
- c) występować do Rady Krajowego Związku Kas Chorych o odwołanie prezydium Rady.

3) świadczeniodawcy:

- a) nakładać kary pieniężne na Świadczeniodawcę w wysokości do 10% miesięcznej zapłaty za świadczenia zdrowotne ze strony Kas Chorych,
- b) występować do Kas Chorych o rozwiązanie umowy o świadczenia zdrowotne.

15. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej Prezes Urzędu Nadzoru jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości.

16. Kary pieniężne, o których mowa w ust. 14, podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.”,

53) po art. 151f dodaje się art.151g-151l w brzmieniu:

„Art. 151g. W razie ogłaszania przez Kasy Chorych lub świadczeniodawców, w formie reklamy lub za pomocą formularzy, informacji niezgodnych ze stanem faktycznym lub mających na celu wprowadzenie w błąd, Prezes Urzędu Nadzoru może:

- 1) zakazać Kasie Chorych, podmiotowi, o którym mowa w art. 4a, lub świadczeniodawcy, prowadzenia reklamy w określony sposób lub używania druków o określonej treści,
- 2) dokonać sprostowania na koszt podmiotu, o którym mowa w pkt. 1,

Art. 151h. Prezes Urzędu 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.

Art. 151i. Prezes Rady Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób, zakres i tryb przeprowadzania kontroli przez Prezesa Urzędu Nadzoru.

Art. 151j. Prezes Urzędu 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.

Art. 151k. Prezes Urzędu 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.

Art. 151l. 1. W przypadku zażądania zwołania posiedzenia rady Kasy Chorych lub Rady Krajowego Związku Kas Chorych przez Prezesa Urzędu Nadzoru, może on delegować swego przedstawiciela do udziału w posiedzeniu.

2. Przedstawiciel Prezesa Urzędu Nadzoru, o którym mowa w ust. 1, może zabierać głos w sprawach objętych porządkiem obrad organu, o którym mowa w ust. 1, a także w innych sprawach nie objętych porządkiem obrad.”

54) w art. 165 w ust. 1:

- a) w zdaniu wstępnym skreśla się wyraz „publiczne”,
- b) w pkt 3 przed wyrazami „art. 8” dodaje się wyrazy „art. 2 ust. 1 pkt. 1 i”,
- c) w pkt 7 wyrazy „w art. 14 ust. 7” zastępuje się wyrazami „w art. 14 ust. 6”;

55) w art. 167 w ust. 7 w pkt 6 kropkę na końcu zastępuje się przecinkiem oraz dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) zwołuje pierwsze posiedzenie Rady Krajowego Związku Kas Chorych i mu przewodniczy.”.

Art. 2.

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. i Nr 138 poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256) w art. 33 skreśla się ust. 2 i 3.

Art. 3.

W ustawie z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 65, poz. 385, z 1992 r. Nr 54, poz. 254, i Nr 63, poz. 314 z 1994 r. Nr 1, poz. 3, Nr 43, poz. 163, Nr 105, poz. 509 i Nr 121, poz. 591, z 1996 r. Nr 5, poz. 34 i Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 96, poz. 590, Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 770 i Nr 141 poz. 943, z 1998 r. Nr 50, poz. 310, Nr 106, poz. 668, Nr 162, poz. 115 i 118) art. 33 po ust. 5 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw szkolnictwa wyższego określi, w drodze rozporządzenia, tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie odrębnych przepisów osobom nie posiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, które nie będąc obywatelami polskimi, mogą podejmować i odbywać studia, uczestniczyć w badaniach naukowych i szkoleniach.”.

Art. 4.

W ustawie z dnia 1 grudnia 1994 r. o zasiłkach rodzinnych, pielęgnacyjnych i wychowawczych (Dz. U. z 1998 r. Nr 102, poz. 651, Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1118 oraz z 1999 r. Nr 60, poz. 636) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 14 w ust. 3 w pkt 1 wyrazy „publiczny zakład opieki zdrowotnej” zastępuje się wyrazami „lekarza ubezpieczenia zdrowotnego”.
- 2) w art. 18 w pkt 1 wyrazy „publicznego zakładu opieki zdrowotnej” zastępuje się wyrazami „wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego”.

Art.5

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2000 r.

UZASADNIENIE

Krag osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Projekt ustawy przede wszystkim poszerza zakres podmiotowy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, to znaczy obejmuje ubezpieczeniem nowe grupy osób. Możliwość ubezpieczenia uzyskali wszyscy cudzoziemcy przebywający na terenie Polski na podstawie karty czasowego pobytu oraz cudzoziemcy przebywający w Polsce na podstawie wizy pobytowej z prawem do pracy. Objęcie tych osób ubezpieczeniem wynika z wniosków zgłaszanych przez zainteresowanych. Ponadto w stosunku do cudzoziemców pracujących legalnie na terenie Polski ujednolici to unormowania z zakresu ubezpieczeń społecznych oraz ubezpieczenia zdrowotnego, co było postulowane przez pracodawców – rozwiązania te odpowiadają także kierunkom ustawodawstwa w krajach UE, zgodnie z obowiązującymi w Unii Europejskiej przepisami zawartymi w rozporządzeniach 1408/71 i Nr 574/72 dyrektywach 73/239 EWG, 88/357 EWG, i 92/49 EWG dotyczącymi systemów zabezpieczania społecznego dla pracowników i osób pracujących na własny rachunek oraz ich rodzin.

Sam fakt przebywania na terenie Polski przez cudzoziemca legitymującego się odpowiednią kartą nie będzie już stanowił podstawy objęcia obowiązkiem ubezpieczenia, a jedynie (o ile obowiązek taki nie powstanie z innego tytułu) umożliwi ubezpieczenie dobrowolne. Wydaje się, że dotychczasowe związanie obowiązku ubezpieczenia z samym faktem przebywania na terenie Polski stanowił w stosunku do tej grupy osób pewną nadmierną regulację.

Kolejną grupą objętą ubezpieczeniem są cudzoziemcy – studenci oraz słuchacze studiów doktoranckich, którzy będą mogli ubezpieczać się na swój wniosek. Potrzeba umożliwienia ubezpieczenia zdrowotnego studiującym w Polsce cudzoziemcom była podnoszona przez rektorów wielu szkół wyższych i przez organizacje studenckie.

Jako odrębną grupę objęto obowiązkiem ubezpieczenia alumnów wyższych seminariów duchownych, postulików, nowicjuszy i juniorystów zakonów męskich i żeńskich do ukończenia 25 roku życia. Potrzeba takiej zmiany była podnoszona przez zainteresowane środowiska. Zmiana ta stanowi konsekwencję definicji osób duchownych, zawartą w ustawie

o systemie ubezpieczeń społecznych, która to definicja wyłącza z kręgu osób duchownych wymienione osoby.

Osoby otrzymujące rentę lub emeryturę z zagranicy zostały objęte obowiązkiem ubezpieczenia (do tej pory mogły ubezpieczać się jedynie na wniosek). Objęte ubezpieczeniem osoby będą dzięki temu opłacały składkę na ubezpieczenie od kwoty otrzymywanego świadczenia, a nie od tzw. przeciętnego wynagrodzenia, które często było kwotą wyższą. Jeżeli świadczenie jest wypłacane przez bank, który jest płatnikiem zaliczki na podatek dochodowy, to bank ten staje się także płatnikiem składki na ubezpieczenie zdrowotne takiej osoby. Dzięki temu możliwe jest odliczenie składki od comiesięcznej zaliczki na podatek, a nie dopiero w ramach rocznego rozliczenia podatkowego.

Uwzględniono także w zapisach ustawy osoby pobierające świadczenie pieniężne po zwolnieniu ze służby – dotyczy to tzw. służb mundurowych. Doprecyzowano także zapisy ustawowe dotyczące podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie osób pobierających uposażenie po zwolnieniu ze służby.

Objęto obowiązkiem ubezpieczenia osoby, które są uprawnione do świadczenia alimentacyjnego, a które nie są objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, ustalając podstawę wymiaru składki w kwocie równej wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej. Obecnie osoby takie mogą jedynie ubezpieczyć się na swój wniosek, co z reguły powoduje konieczność opłacania składki od znacznie wyższej podstawy wymiaru.

Objęto także ubezpieczeniem osoby, które nie pobierają zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego ze względu na zaistnienie szczególnych przesłanek określonych w ustawie o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu. Osoby te będą zgłaszane do ubezpieczenia przez urzędy pracy, które będą także opłacały składkę na ubezpieczenie tych osób – jest to rozwiązanie analogiczne, jak w stosunku do bezrobotnych.

Poszerzono krąg placówek, które mają obowiązek zgłosić do ubezpieczenia przebywające w tych placówkach dzieci, jeżeli nie podlegają one ubezpieczeniu z innego tytułu. Rozwiązanie to ma zapewnić dostęp do ochrony zdrowia w ramach systemu ubezpieczenia wszystkim dzieciom przebywającym w różnego rodzaju placówkach, jeżeli dzieci te nie korzystają z ubezpieczenia jako członkowie rodziny osoby opłacającej składkę.

Ubezpieczonymi będą wszyscy zamieszkujący na terenie Polski członkowie rodziny opłacającego składkę obywatela polskiego zamieszkałego na terenie Polski. Zrównuje to status prawny członków rodziny będących Polakami i cudzoziemcami – do tej pory cudzoziemiec podlegał ubezpieczeniu jako członek rodziny osoby opłacającej składkę tylko wtedy, jeżeli przebywał na terenie Polski na podstawie odpowiedniej karty pobytu. Takie samo uregulowanie dotyczy członków rodziny opłacających składkę cudzoziemców przebywających na terenie Polski na podstawie wizy pobytowej z prawem do pracy oraz cudzoziemców posiadających kartę stałego lub czasowego pobytu.

Opłacanie składki

Proponuje się bardziej precyzyjne zapisanie zasad opłacania składki w przypadku zbiegu różnych tytułów do objęcia ubezpieczeniem oraz w przypadku zbiegu kilku podstaw do objęcia ubezpieczeniem w ramach tego samego tytułu do ubezpieczenia. Utrzymana zostaje generalna zasada opłacania składki od każdego tytułu i od każdej podstawy. Proponowane nowe brzmienie art. 22 ma usunąć istniejące wątpliwości interpretacyjne.

Ze względu na istniejące szczególne unormowania dotyczące służby kandydackiej w Państwowej Straży Pożarnej, sprecyzowano podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie osób pełniących taką służbę.

Wychodząc naprzeciw zgłaszanym oczekiwaniom wprowadzono zasadę, że składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana z budżetu państwa za wszystkie osoby pozostające na urloпах wychowawczych – także te, które nie pobierają już zasiłku wychowawczego.

Proponuje się zastąpienie obecnych bardzo ogólnych regulacji dotyczących nadpłaty składki odwołaniem do zasad ustalonych w Ordynacji podatkowej.

Inne zmiany

Z obecnych zapisów ustawy wynika, że można być członkiem tylko jednej Kasy Chorych. Ograniczenie to nie ma jednak zastosowania do członków rodziny osoby opłacającej składkę (gdyż tylko ta osoba jest członkiem Kasy), co powoduje, że np. dziecko rodziców, z których każde należy do innej Kasy, może być zgłoszone równocześnie do dwóch Kas Chorych. Rozwiązanie takie nie wydaje się uzasadnione i dlatego wprowadza się zasadę, iż członkowie

rodziny mogą być zgłoszenie tylko do jednej wybranej Kasy Chorych, odpowiednio regulując tryb zmiany Kasy, z której usług korzysta członek rodziny.

Wprowadza się możliwość korzystania z usług świadczeniodawców właściwych dla miejsca zameldowania osoby ubezpieczonej na pobyt czasowy. Powinno to m. in. umożliwić swobodniejszy dostęp do świadczeń zdrowotnych młodzieży, która ze względu na pobieranie nauki przez kilka lat przebywa poza miejscem stałego zamieszkania.

Kasa Chorych uzyska nowy instrument finansowy, jakim będzie możliwość zaciągnięcia, w uzasadnionych przypadkach, kredytu bankowego. Korzystanie z tego mechanizmu będzie ograniczone wymogiem uzyskania zgody odpowiednio Urzędu Nadzoru albo ministra właściwego do spraw finansów publicznych. Ma to stworzyć mechanizm pozwalający Kasie Chorych w nadzwyczajnych sytuacjach uzyskać źródło finansowania. Obecne uregulowania pozwalające Kasie jedynie na uzyskanie pożyczki od sejmiku województwa mogą okazać się niewystarczającymi ze względu na niełatwą sytuację finansową jednostek samorządu terytorialnego. Możliwość zaciągnięcia kredytu będzie ograniczona także poprzez ustalenie limitu zadłużenia Kas z tego tytułu.

Kasa będzie mogła zwrócić się do ZUS lub KRUS z wiążącym dla tych instytucji wnioskiem o przeprowadzenie kontroli płatników składki. Mechanizm ten powinien spowodować zwiększenie skuteczności kontroli, a w konsekwencji poprawienie wskaźnika poboru składki.

W gronie świadczeniodawców uwzględniono grupowe praktyki lekarskie oraz grupowe praktyki pielęgniarek, położnych – wprowadzone do ustawy o zawodzie lekarza oraz ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Sprecyzowano zasady ponoszenia kosztów szczepień przysługujących ubezpieczonym oraz przepisy dotyczące świadczeń finansowanych z budżetu państwa ze względu na szczególnie wysokie koszty, kwalifikacje personelu lub konieczność użycia specjalistycznej aparatury lub technologii. Realizacja tych świadczeń może być przez właściwy organ administracji zlecona do realizacji Kasie Chorych.

Sprecyzowano zapisy dotyczące uprawnienia inwalidów wojennych i innych osób do bezpłatnego zaopatrzenia w leki tak, aby wyeliminować istniejące w tym zakresie nieprawidłowości.

Sprecyzowano rolę Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zakłada się przyjęcie za organ centralny Prezesa Urzędu Nadzoru, ustabilizowanie jego pozycji w układzie wzorowanym na rozwiązaniach przyjętych dla UNFE, oraz wzmocnienie instrumentów kontrolnych tego urzędu.

Rozbudowano zapisy dotyczące zarządu komisarycznego określając szczegółowo przesłanki jego powołania i zasady działania.

Wprowadza się mechanizm kontroli uprawnienia do bezpłatnego zaopatrzenia w leki przy realizowaniu recept, co powinno zapobiegać nadużyciom.

Ponadto projekt koryguje zawarte w ustawie błędy, nieścisłości terminologiczne bądź brak spójności pomiędzy przepisami ustawy w: art. 4a ust. 3, art. 7 pkt 13, art. 25 ust. 1 pkt 1, art. 59a ust. 7, art. 75a ust. 1, art. 76 pkt 3, art. 112, art. 151a ust. 1, art. 151e ust. 1, art. 165 ust. 1 pkt 7.

Skutki finansowe

Na podstawie możliwych w tej chwili analiz, można założyć następujące skutki dla budżetu państwa, w warunkach 1999 r.

Wydatki budżetu państwa z tytułu opłacania składek – maksymalnie 3 mln zł w skali roku.

Skutki dla budżetu państwa z tytułu utraconych wpływów z podatku dochodowego od osób fizycznych – maksymalnie 7,6 mln zł.

Razem skutki dla budżetu państwa szacuje się na ok. 10,6 mln zł.



KOMITET INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ

p.o. SEKRETARZA

Paweł Samecki

Podsekretarz Stanu

Sekr.Min.PS / 2233 / 99 /DHP-eb

Warszawa, 13.08.1999

Pani
Franciszka Cegielska
Minister Zdrowia i Opieki Społecznej

Opinia o zgodności projektu ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw, z prawem Unii Europejskiej, wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494) przez p.o. Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Pawła Sameckiego, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej

Szanowna Pani Minister,

W związku z przedstawionym projektem ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw (pismo nr MA/5375/99) pozwalam sobie stwierdzić, iż przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Z poważaniem,

Do uprzejmej wiadomości:

Pan Aleksander Proksa

Sekretarz Rady Ministrów

p.o. SEKRETARZA
Kor: *Paweł*

Paweł Samecki
podsekretarz stanu

Tłoczono z polecenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Skierowano do druku 20 października 1999 r.

Cena - 1,56 zł + 22% VAT





III kadencja

Pan
Maciej Płażyński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. i na podstawie art. 29 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

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

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy pana posła Tadeusza Jacka Zielińskiego.

(-) Paweł Bryłowski; (-) Marian Adam Cycoń; (-) Mirosław Czech;
(-) Andrzej Folwarczny; (-) Władysław Frasyniuk; (-) Jerzy Godzik;
(-) Helena Góralska; (-) Barbara Imiołczyk; (-) Zbigniew Janas;
(-) Tadeusz Jarmuziewicz; (-) Jan Klimek; (-) Stanisław Kracik; (-) Józef Lassota; (-) Zbigniew Leraczyk; (-) Jan Lityński; (-) Ryszard Andrzej Ostrowski; (-) Andrzej Potocki; (-) Elżbieta Radziszewska; (-) Kazimierz Szczygielski; (-) Adam Stanisław Szejnfeld; (-) Iwona Śledzińska-Katarasińska; (-) Jerzy Wierchowicz; (-) Jerzy Grzegorz Zajac; (-) Marcin Zawila; (-) Marek Zieliński; (-) Tadeusz Jacek Zieliński.

**Ustawa
z dnia 1999 r.
o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu
zdrowotnym
oraz o zmianie niektórych ustaw**

Art. 1.

W ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116 oraz z 1999 r. Nr 45, poz. 439) wprowadza się następujące zmiany:

1) W art. 4a w ust. 1 dodaje się nowy punkt 4a w brzmieniu:

"4a) uczestniczy w wyrównaniu finansowym, o którym mowa w art. 135,";

2) Po art. 17 dodaje się nowy art. 17a w brzmieniu:

"Art. 17a. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest środkiem publicznym.";

3) Dodaje się nowe art. 53a-53b w brzmieniu:

"Art. 53a. 1. Kasa Chorych zawiera umowę z zakładem opieki zdrowotnej, działającym w formie spółki akcyjnej w rozumieniu kodeksu handlowego, gwarantującym ogół świadczeń wymienionych w art. 31 ust. 2, dla co najmniej 100 000 ubezpieczonych (zintegrowana opieka kierowana).

2. Osoby ubezpieczone, o których mowa w ust. 1, składają pisemną deklarację o wyborze zakładu jako podmiotu, w ramach którego otrzymują zintegrowaną opiekę kierowaną.

Art. 53b. 1. Kasa Chorych przekazuje środki zakładowi, o którym mowa w art. 53a, w wysokości stanowiącej iloczyn liczby osób ubezpieczonych, które dokonały wyboru tego zakładu, i kwoty przypadającej na osobę ubezpieczoną na sfinansowanie ogółu świadczeń wymienionych w art. 31 ust. 2.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem finansów, określi wzór wyliczenia kwoty, o której mowa w ust. 1, przypadającej na osobę ubezpieczoną.";

4) W art. 54 dodaje się nowy ust. 3 w brzmieniu:

"Przepis ust. 1 nie dotyczy zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 53a, w zakresie w jakim świadczą one zintegrowaną opiekę kierowaną.";

5) W art. 58 dodaje się nowy ust. 6 w brzmieniu:

"6. Zasady dostępu do świadczeń wymienionych w art. 58 ust. 1 pkt. 1, 2, 4, 5, 8 i 9 w przypadku ubezpieczonych, o których mowa w art. 60 ust. 1 pkt. 4 określa dla nich zakład opieki zdrowotnej realizujący program zintegrowanej opieki kierowanej. Art. 58 ust. 2 stosuje się odpowiednio.";

6) W art. 59a dodaje się nowy ust. 9 w brzmieniu:

"9. Refundacji, o której mowa w ust. 1 art. 59a w odniesieniu do osób ubezpieczonych, objętych zintegrowaną opieką kierowaną, dokonuje zakład opieki zdrowotnej realizujący ten program.";

7) W art. 60 po ust. 1 dodaje się nowy ust. 1a w brzmieniu:

"1a. W miejsce prawa wyboru świadczeniodawców wymienionych w ust. 1 pkt. 1-4 ubezpieczonemu przysługuje prawo wyboru zakładu opieki zdrowotnej świadczącego zintegrowaną opiekę kierowaną. Przepis ust. 2 stosuje się odpowiednio.";

8) W art. 66 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

"1. Kasa Chorych jest instytucją użyteczności publicznej, samorządną i reprezentującą ubezpieczonych.";

9) Art. 81 otrzymuje brzmienie:

"Art. 81. 1. Wynagrodzenie członków rady Kasy Chorych ustala się jako mnożnik przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw za ostatni miesiąc poprzedniego kwartału, publikowanego przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego,

2. Wysokość miesięcznego wynagrodzenia wynosi dla:

- 1) przewodniczącego rady Kasy Chorych – 2,5-krotność,
- 2) wiceprzewodniczącego rady, sekretarza rady oraz członków komisji skarg i wniosków Kasy Chorych – 2-krotność,
- 3) pozostałych członków rady Kasy Chorych – 1,5-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1.";

10) W art. 151 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„Art. 151. 2. Urzędem Nadzoru kieruje Prezes, którego powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów.”;

11) W art. 151 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„Art. 151. 3. Wiceprezesa Urzędu Nadzoru powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem finansów.”;

12) Dodaje się rozdział 10a w brzmieniu:

“Rozdział 10a. Agencja Standaryzacji Opieki Medycznej

Art. 154a. 1. Zadania z zakresu określania norm opieki i jakości świadczeń zdrowotnych realizuje Prezes Agencji Standaryzacji Opieki Medycznej, zwany dalej “Prezesem ASOM”.

2. Prezes ASOM jest organem podlegającym ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje Prezesa ASOM na 4-letnią kadencję. Prezes ASOM może być odwołany przed upływem okresu, na który został powołany, w przypadku choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie zadań, rażącego naruszenia swoich obowiązków, popełnienia przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu lub rezygnacji.

4. Wiceprezesa ASOM powołuje i odwołuje, na wniosek Prezesa ASOM, minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Organizację i tryb pracy Agencji określa statut nadany przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia.

Art. 154b. 1. Do kompetencji Prezesa ASOM należy:

- 1) określanie standardów jakości świadczeń zdrowotnych,
- 2) określanie standardów udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 3) ustalanie minimalnych taryf za świadczenia zdrowotne,
- 4) określanie sposobu rachunku kosztów leczenia jednostek chorobowych oraz kosztów pobytu w zakładach opieki zdrowotnej – z uwzględnieniem stopnia intensywności i złożoności chorób,
- 5) opracowywanie i upowszechnianie zasad tworzenia jednolitych systemów informacji medycznych i ekonomicznych w ochronie zdrowia oraz klasyfikacji międzynarodowych,
- 6) zbieranie i analiza informacji dotyczących świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych we współpracy z Radą Krajowego Związku Kas Chorych oraz Urzędem Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych,
- 7) określanie wymogów, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia jednostek organizacyjnych podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne oraz środki transportu sanitarnego tych jednostek,

- 8) określanie wymogów, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym urządzenia jednostek organizacyjnych podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne,
- 9) określanie wymogów, jakim powinien odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym sprzęt medyczny jednostek organizacyjnych podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne,
- 10) określanie wymogów dotyczących dopuszczenia do stosowania i sposobu użytkowania, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu sanitarnego,
- 11) określanie standardów funkcjonowania jednostek organizacyjnych świadczeniodawców usług zdrowotnych,
- 12) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie oraz przepisach odrębnych.

2. Normy, o których mowa w ust. 1 określa, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Prezesa ASOM.

Art. 154c. Prezes ASOM składa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia corocznie, w terminie do końca pierwszego kwartału, sprawozdanie ze swojej działalności.

Art. 154d. 1. Przy Prezesie ASOM działa Rada Konsultacyjna zwana dalej "Radą".

2. Rada składa się z 8 członków, powoływanych spośród osób reprezentujących nauki medyczne i ekonomiczne, wyróżniających się wiedzą i doświadczeniem w zakresie ochrony zdrowia, w szczególności w poszczególnych dziedzinach medycyny, farmacji, ekonomiki i zarządzania w ochronie zdrowia.

3. Minister właściwy dla spraw zdrowia określa w drodze rozporządzenia tryb wyłaniania i odwołania członków Rady oraz - z uwzględnieniem przepisów niniejszej ustawy - zadania i zasady jej funkcjonowania."

Art. 2.

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

1) W art. 2 w ust. 1 dodaje się nowy pkt 1a w brzmieniu: „1a) zakład realizujący świadczenia z zakresu zintegrowanej opieki kierowanej,”;

2) W art. 9 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Agencji Standaryzacji Opieki Medycznej, określa w drodze rozporządzenia:

1) wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,

- 2) standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładach opieki zdrowotnej,
- 3) zasady atestowania aparatury i sprzętu medycznego nabywanych przez zakłady opieki zdrowotnej.”;

3) Art. 18c otrzymuje brzmienie:

„Art. 18c. Zakład opieki zdrowotnej spełnia standardy jakości określone w drodze rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Agencji Standaryzacji Opieki Medycznej.”

Art. 3.

W ustawie z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz. U. Nr 73, poz. 3,0, Nr 137, poz. 638, z 1997r. Nr 28, poz. 153, Nr 98, poz. 604, Nr 106, poz. 679) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 19 w ust. 1 po wyrazach „a także” dodaje się wyrazy „kas chorych,”,
- 2) w art. 20 w ust. 1 po wyrazach „samorządu terytorialnego,” dodaje się wyrazy „w kasie chorych,”;

Art. 4.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 z późn. zm.) w art. 50b w ust. 3 wyrazy „po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej,” zastępuje się wyrazami „na wniosek Prezesa Agencji Standaryzacji Opieki Medycznej”.

Art. 5.

W ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 162, poz. 1122, z 1999 r., Nr 41, poz. 412, Nr 70, poz. 778) w art. 33 w ust. 2 po wyrazach „Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad” dodaje się wyrazy „Prezesem Agencji Standaryzacji Opieki Medycznej,”;

Art. 6.

W ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 155, poz. 1014, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 49, poz. 485) w art. 3 w ust. 3 punktowii 1) nadaje się brzmienie: „1) daniny publiczne, do których zalicza się podatki, składkę na ubezpieczenie zdrowotne oraz inne świadczenia pieniężne, których obowiązek ponoszenia na rzecz państwa wynika z odrębnych ustaw.”

Art. 7.

Prezes Rady Ministrów w ciągu 30 dni od dnia ogłoszenia ustawy opublikuje w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej jednolity tekst ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z zachowaniem ciągłej numeracji rozdziałów, artykułów, ustępów i punktów.

Art. 8.

Ustawa wchodzi w życie po 14 dniach od dnia jej ogłoszenia, z tym że pkt. 4-8 i 13 w art. 1 wchodzi w życie od dnia 1 stycznia 2000 roku.

Uzasadnienie

Minęło już przeszło dziewięć miesięcy od wprowadzenia systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Można więc mówić o dość poważnym zasobie doświadczeń z działalności nowego modelu ochrony zdrowia w naszym kraju. Ujawniły się zarówno pozytywne, jak i negatywne elementy tego systemu. Czas sformułować więc propozycje zmian w podstawowej dla niego ustawie, jaką jest ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Niniejszy projekt zawiera propozycje korekty systemu w następujących obszarach:

1. Systemowych gwarancji zapobiegających rozwarstwieniu się systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
2. Uściślenia charakteru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz statusu Kas Chorych,
3. Wprowadzenia nowej formuły świadczenia usług zdrowotnych (zintegrowana opieka kierowana),
4. Uregulowania kwestii standaryzacji opieki medycznej i unormowania statusu projektowanego organu państwowego odpowiedzialnego za to zagadnienie (Agencja Standaryzacji Opieki Medycznej),
5. Innych zmian: a) wynagrodzeń członków rad Kas Chorych, b) sposobu powoływania kierownictwa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Ad. 1. Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym inne instytucje ubezpieczenia zdrowotnego niż Kasy Chorych, wymienione w art. 4a ustawy nie będą brały udziału w wyrównaniu finansowym, o którym mowa w art. 135 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Oznacza to realne zagrożenie powstania systemu dwuwarstwowego: z jednej strony inne instytucje niż Kasy Chorych stosujące strategię tzw. spijania śmietanki i selekcję ryzyka (nakierowanie akcji promocyjnej na osoby zdrowe, o wysokich dochodach; osoby te z naturalnych względów unikają łączenia ryzyka z osobami biednymi i chorymi; instytucje te działając na podstawie odrębnych przepisów mają możliwość transferu zysków na zewnątrz), a z drugiej strony system publicznych, regionalnych Kas Chorych obsługujących wyższe ryzyko zdrowotne ubezpieczonych o niższych dochodach. Innymi słowy: istnieje niebezpieczeństwo, że system publicznych Kas Chorych zostanie obciążony wyższymi wydatkami przy jednocześnie niższych wpływach ze składki na ubezpieczenie zdrowotne. System ten zatem będzie wymagał dodatkowego finansowania ze środków publicznych w formie dotacji (podniesienie wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne nie rozwiąże problemu, gdyż zwiększone w ten sposób nakłady będą w przeważającej części transferowane do innych instytucji niż Kasy Chorych). W związku z powyższym, jedynym skutecznym sposobem zapobiegającym ryzyku stworzenia systemu dwuwarstwowego jest obowiązek uczestniczenia innych instytucji niż Kasy Chorych w wyrównaniu finansowym.

Należy podkreślić, iż wydaje się, że obowiązujące w tym zakresie uregulowania (art. 4a ustawy) są sprzeczne z fundamentalną zasadą solidaryzmu społecznego, zawartą w art. 1a ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Ad. 2. Projekt ma na celu usunięcie istniejących wątpliwości interpretacyjnych, czy składka na ubezpieczenie zdrowotne jest środkiem publicznym. Proponuje się

zaklasyfikowanie składki na ubezpieczenie zdrowotne do danin publicznych w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Ponadto zdefiniowanie składki na ubezpieczenie zdrowotne jako środek publiczny usuwa wątpliwości, czy zakup towarów i usług (poza świadczeniami zdrowotnymi) ze środków pochodzących ze składki na ubezpieczenie zdrowotne dokonywany przez Kasy Chorych oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej ma odbywać się w trybie ustawy o zamówieniach publicznych. Proponowana w projekcie formuła zapewnia, iż dysponowanie olbrzymimi środkami postawionymi do dyspozycji Kas Chorych odbywać się będzie zgodnie z zasadą jawności i przejrzystości oraz podlegać będzie niezbędnej kontroli społecznej. Względ na ten ostatni interes sprawił, że wnioskodawcy projektu proponują, by posłowie i senatorowie posiadali prawo – w trybie ustawy o wykonywaniu mandatu posła i senatora – do wglądu w działalność Kas Chorych.

Ad. 3. W obowiązującym stanie prawnym Kasy Chorych zawierają oddzielne kontrakty na poszczególne poziomy świadczeń zdrowotnych, np. oddzielnie na podstawową opiekę zdrowotną, specjalistyczne leczenie ambulatoryjne, leczenie zamknięte, leczenie uzdrowiskowe (dodatkowo Kasa "oddzielnie" ponosi koszty refundacji leków). Wadami tej regulacji są: (i) zjawisko przerzucania kosztów pomiędzy świadczeniodawcami, w efekcie którego efektywność alokacji środków jest niska oraz (ii) duża liczba kontraktów zawieranych przez Kasę poważnie utrudniająca efektywny nadzór i kontrolę świadczeniodawców przez Kasę Chorych w zakresie realizacji treści tych umów.

Propozycja zawarta w zmianach 4-8 ma na celu umożliwienie Kasie Chorych kontraktowanie z zakładem zintegrowanej opieki kierowanej ogółu świadczeń zdrowotnych (wymienionych w art. 31 ust. 2 ustawy), w ramach tzw. zintegrowanej opieki kierowanej, opłacanych metodą kapitacyjną (np. podobne rozwiązanie obowiązuje w Wielkiej Brytanii, gdzie tzw. *Primary Care Groups* są odpowiedzialne za zapewnienie mieszkańcom ogółu świadczeń zdrowotnych z wyłączeniem kosztownych procedur wysokospecjalistycznych, finansowanych bezpośrednio z budżetu państwa). Ponieważ zintegrowana opieka kierowana finansowana kapitacyjnie jest w istocie transferem ryzyka zbliżonym do działalności ubezpieczeniowej, proponuje się, aby instytucja realizująca tę opiekę dysponowała odpowiednim zabezpieczeniem finansowym i logistycznym. Wydaje się, iż te wymogi spełniać będą zakłady opieki zdrowotnej działające w formie spółki akcyjnej.

Korzyści wynikające z wprowadzenia zintegrowanej opieki kierowanej to przede wszystkim uniknięcie zjawiska przerzucania kosztów, elastyczność budżetu zakładu zintegrowanej opieki kierowanej (np. oszczędności w jednym obszarze, np. w zakresie kosztów refundacji leków można wykorzystać np. na poprawę profilaktyki, inwestycje w diagnostykę nowotworową czy *screening* poziomu lipidów, innymi słowy – wyższa od obecnej efektywność alokacji środków).

Ad. 4. W obecnym stanie prawnym nie istnieją rozwiązania, na mocy których byłyby opracowywane, wprowadzane w życie, bezwzględnie obowiązujące na terenie całego kraju, jednolite standardy dotyczące jakości udzielania świadczeń, jednolite mechanizmy płatności za usługi medyczne, jednolite taryfy za procedury medyczne. Coraz częściej pojawia się wątpliwość, czy system powszechnego ubezpieczenia

zdrowotnego, działający w kształcie obecnym (chodzi zwłaszcza o skutki daleko idącej samodzielności poszczególnych kas chorych) respektuje normę art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, stanowiącą, iż obywatele mają prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Proponowany w projekcie nowelizacji model określania standardów opieki i jakości świadczeń zdrowotnych ma na celu pełniejszą realizację przywołanej normy konstytucyjnej. W szczególności, powołanie urzędu Prezesa Agencji Standaryzacji Opieki Medycznej, nadzorowanego przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, ma na celu stworzenie instytucjonalnego mechanizmu, w efekcie którego wzmiankowana dowolność zostałaby zredukowana do minimum. Proponowane rozwiązanie wzmacnia także urząd Ministra Zdrowia w zakresie jego wpływu na kształtowanie polityki zdrowotnej.

Ad. 5. a) Obowiązujące unormowania dotyczące zasad wynagradzania członków rady Kasy Chorych zawarte w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym stwarzają bardzo silną zachętę ekonomiczną dla ich członków do jak najczęstszego obradowania, a w efekcie do nadmiernych wynagrodzeń (za każde posiedzenie członek rady otrzymuje do 2/3 przeciętnego wynagrodzenia). W zakresie sposobu wynagradzania członków rady Kasy Chorych proponuje się przyjęcie zasad wynagradzania dotyczących członków rad nadzorczych jednoosobowych spółek Skarbu Państwa (podobnie do stosownego rozporządzenia do ustawy o komercjalizacji i prywatyzacji przedsiębiorstw państwowych).

b) W chwili obecnej Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych jest powoływany przez Prezesa Rady Ministrów na wniosek Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Mając na względzie główne zadanie ustawowe Prezesa Urzędu, jakim jest nadzór nad gospodarką finansową Kas Chorych, wydaje się zasadne, aby wpływ na wybór Prezesa oraz Wiceprezesa Urzędu (Prezes Urzędu nadzoruje środki publiczne w wysokości ponad 20 miliardów zł) miał także Minister Finansów.

*

Wejście w życie projektowanej ustawy spowoduje oszczędności w ramach wydatków ze środków pochodzących ze składki na ubezpieczenie zdrowotne (np. poprzez większą efektywność alokacji środków publicznych w ramach zintegrowanej opieki kierowanej bądź – w innym stopniu - mniejsze nakłady na uposażenia dla członków rad Kas Chorych). Dodatkowe nakłady z budżetu państwa wiązały by się ze stworzeniem proponowanej w projekcie Agencji Standaryzacji Opieki Medycznej, która zresztą przejmie niektóre zadania i agendy Rady Akredytacyjnej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej, o której mowa w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.

Projekt nie jest niezgodny z prawem Unii Europejskiej.



Warszawa, dnia 15 listopada 1999 r.

Pan

Maciej Płażyński

Marszałek Sejmu

Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia w sprawie zgodności projektu ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz o zmianie niektórych ustaw z prawem Unii Europejskiej

Na podstawie art. 31 ust. 7 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. - Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 1998 r. Nr 44, poz. 618 z późn. zmianami), sporządza się następującą opinię:

1. Przedmiot projektu ustawy

Przedmiotem proponowanej zmiany ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.) jest: wprowadzenie nowej formy świadczenia usług medycznych pod nazwą „zintegrowanej opieki kierowanej”, określenie zasad finansowania świadczeń (umowy zawierane przez zakład opieki zdrowotnej - działający w formie spółki akcyjnej - z Kasą Chorych), zmiana zasad wynagradzania członków Kasy Chorych, powołanie Prezesa Agencji Standaryzacji Opieki Medycznej (Prezesa ASOM) i wprowadzenie modelu określania standardów opieki i jakości świadczeń. Ponadto projekt zmienia ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 z późn. zm.) oraz ustawę z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 141, poz. 943 z późn. zm.) zaliczając *expressis verbis* do środków publicznych składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

2. Stan prawa wspólnotowego materii objętej projektem

Prawo wspólnotowe zasadniczo nie zawiera regulacji dotyczących przedmiotu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Z zakresu uregulowań o charakterze ogólnym powołać można Europejską Kartę Socjalną, ustalającą zasadę powszechności dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Przedstawiony projekt zmiany ustawy zawiera jednak regulacje odnoszące się do standardów świadczeń zdrowotnych, a w szczególności - standardów sprzętu medycznego (art. 1 pkt 12 oraz art. 2 pkt 2 i 3 projektu), dlatego z zakresu prawa wspólnotowego wskazać należy dyrektywę Rady 93/42/EWG z 14 lipca 1993 r. dotyczącą sprzętu medycznego i określającą generalne wymagania jakim musi odpowiadać sprzęt medyczny (instrumenty medyczne). Obowiązują także inne dyrektywy szczegółowe odnoszące się do standardów specjalistycznego sprzętu medycznego (np. dyrektywa Rady nr 84/539/EWG z 17 września 1984 r. dotycząca zbliżenia prawa państw członkowskich w zakresie urządzeń elektro-medycznych przeznaczonych do użytku przez człowieka oraz dyrektywy Rady 76/764/EWG i 90/385/EWG).

3. Układ Europejski nie zawiera postanowień odnoszących się do kwestii będących przedmiotem projektu ustawy. Wskazać należy postanowienia ogólne - dotyczące zobowiązania do zbliżania polskiego ustawodawstwa do ustawodawstwa Wspólnoty w celu zapewnienia przyszłej zgodności prawa polskiego z prawem wspólnotowym (także w dziedzinie ochrony zdrowia) - art. 68 i 69 Układu ustanawiającego stowarzyszenie między Rzeczpospolitą Polską z jednej strony a Wspólnotami Europejskimi i ich państwami członkowskimi z drugiej strony.

4. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa wspólnotowego i postanowień Układu Europejskiego

W przedłożonym projekcie ustawy proponuje się, m.in., wprowadzenie do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym rozdziału: „10a. Agencja Standaryzacji Opieki Medycznej”. Dodany przepis art. 154b ust. 2 upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania, na wniosek Prezesa ASOM, rozporządzenia określającego (m.in.): wymogi, jakim powinien odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym sprzęt medyczny jednostek organizacyjnych podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych (pkt 9), wymogi dotyczące dopuszczenia do stosowania i sposobu użytkowania, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu sanitarnego. Natomiast, zgodnie z nowym brzmieniem art. 9 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, upoważnia się ministra właściwego do spraw zdrowia do

wydania rozporządzenia określającego m.in. zasady atestowania aparatury medycznej.

Powołana dyrektywa 93/42/EWG określa podstawowe standardy jakim musi odpowiadać sprzęt medyczny, niezależnie od tego jakie podmioty udzielają świadczeń medycznych. Dyrektywa określa sposób odwoływania się do tych standardów w ustawodawstwach krajowych państw członkowskich. System wprowadzany przez dyrektywę ma na celu wypełnianie standardów przez producentów sprzętu medycznego, a państwo ma zapewnić realizację systemu.

Projekt nie zawiera regulacji określających standardy, jednakże standardy te (zgodnie z projektem) będą określane w drodze rozporządzenia. W tym kontekście, realizując zobowiązania zbliżania prawa, należy mieć na względzie aby określanie norm (i ich kontrola) było zgodne z postanowieniami dyrektywy 93/42/EWG. Nie jest natomiast jasne czy Agencja Standaryzacji Opieki Medycznej miałaby spełniać funkcje „instytucji notyfikowanej” (dokonującej m.in. oceny sprzętu medycznego i weryfikacji standardów) w rozumieniu dyrektywy (art. 16 i aneks XI). Projekt nie zawiera jednak w tym zakresie regulacji sprzecznych z dyrektywą.

Uściślenie definicji „środków publicznych” poprzez zaliczenie składki na ubezpieczenie zdrowotne do środków publicznych nie jest sprzeczne z prawem wspólnotowym a odpowiada zasadzie jasności i przejrzystości budżetu.

5. Konkluzja

Przedmiot projektu ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Opracował: *Zespół Integracji Europejskiej*

Akceptował: *Dyrektor Biura Studiów i Ekspertyz*


Wiesław Staśkiewicz

Tłoczono z polecenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Skierowano do druku 16 listopada 1999 r.

Cena - 0,66 zł + 22% VAT





SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

III kadencja

Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

Druk nr 1358
Warszawa, 1 lipca 1999 r.*

Szanowny Pan
Maciej Płażyński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Zgodnie z art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. mam zaszczyt powiadomić Pana Marszałka, że Senat na 38. posiedzeniu w dniu 1 lipca 1999 r. podjął uchwałę w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy

- o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawy o publicznej służbie krwi.

Jednocześnie pragnę poinformować, że Senat upoważnił senatora Jerzego Cieślaka do reprezentowania stanowiska Senatu w dalszych pracach nad tym projektem.

Łączę wyrazy szacunku

(-) Alicja Grześkowiak

*) W dniu 10 września 1999 r. została dołączona opinia w sprawie zgodności projektu ustawy z prawem Unii Europejskiej.

U C H W A Ł A
SENATU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 1 lipca 1999 r.

w sprawie wniesienia do Sejmu projektu ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawy o publicznej służbie krwi

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Senat wnosi do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawy o publicznej służbie krwi.

Jednocześnie upoważnia senatora Jerzego Cieślaka do reprezentowania stanowiska Senatu w dalszych pracach nad projektem.

MARSZAŁEK SENATU

(-) Alicja GRZEŚKOWIAK

U S T A W A

z dnia

**o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
oraz ustawy o publicznej służbie krwi**

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, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116 oraz z 1999 r. Nr 45, poz. 439 i Nr 49, poz. 483) w art. 43 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

"2. Ubezpieczonym, o których mowa w ust. 1, uhonorowanym odznaką "Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu", do których ma zastosowanie art. 39, określone w wykazie, wydanym na podstawie art. 39 ust. 2, leki, preparaty diagnostyczne oraz sprzęt jednorazowego użytku przysługują bezpłatnie."

Art. 2

W ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681 oraz z 1998 r. Nr 117, poz. 756) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Publiczna służba krwi realizuje swoje zadania we współdziałaniu z Polskim Czerwonym Krzyżem, który promuje honorowe krwiodawstwo i koordynuje pracę organizacji honorowych dawców krwi, w zakresie określonym w niniejszej ustawie.”;

2) w art. 10 skreśla się wyraz „publicznych”.

Art. 3

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2000 r.

UZASADNIENIE

W obecnym stanie prawnym publiczna służba krwi realizuje swoje zadania we współdziałaniu z Polskim Czerwonym Krzyżem i organizacjami honorowych dawców krwi. Nowelizacja ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawy o publicznej służbie krwi ma na celu doskonalenie promocji honorowego krwiodawstwa, ułatwienie dawcom krwi korzystania z usług medycznych oraz wspomaganie szczególnie zasłużonych dawców krwi, dotkniętych chorobami przewlekłymi.

Senat, nowelizując ust. 2 art. 4 ustawy o publicznej służbie krwi, uznał, że zwiększenie skuteczności propagowania krwiodawstwa zostanie osiągnięte przez podkreślenie rangi Polskiego Czerwonego Krzyża w tych działaniach i powierzenie tej organizacji koordynowania pracy organizacji honorowych dawców krwi. Ponadto uznano, iż ze względu na społeczną rolę honorowych dawców krwi należy rozszerzyć, zawarte w art. 10 ustawy o publicznej służbie krwi, ich uprawnienie do korzystania poza kolejnością z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, na wszystkie zakłady opieki zdrowotnej.

Ostatni cel nowelizacji osiągnięto przez dodanie do art. 43 nowego ustępu zawierającego szczególne uprawnienia dla dawców krwi. Zgodnie z obecnym stanem prawnym, ubezpieczonym będącym zasłużonymi honorowymi dawcami krwi, a więc takim, którzy oddali co najmniej 5 lub 6 litrów krwi (odpowiednio kobieta lub mężczyzna), przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających oraz w leki, które zasłużony honorowy dawca krwi może stosować w związku z oddaniem krwi. Wszystkim natomiast osobom, do których ma zastosowanie art. 39 tj. chorym na choroby zakaźne i psychiczne, upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością leki, preparaty diagnostyczne oraz sprzęt jednorazowego użytku. Wykaz chorób oraz wykaz leków, preparatów diagnostycznych i sprzętu jednorazowego, które mogą być przepisywane ze względu na te choroby, są ustalone przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Senat postanowił, iż należy uhonorować, proponowanymi w niniejszej nowelizacji regulacjami, tych dawców krwi którzy oddali jej co najmniej 20 litrów, posiadają odznakę "Honorowy Dawca Krwi – Zasłużony dla Zdrowia Narodu", a jednocześnie, już po nabyciu tego tytułu zachorowali na choroby, o których mowa w art. 39. Szczególne uprawnienie dla

tej grupy dawców krwi polega na bezpłatnym przyznaniu leków, preparatów diagnostycznych oraz sprzętu jednorazowego użytku, zamieszczonych w wykazie wydanym na podstawie tego przepisu. Uprawnienie to w żadnym wypadku nie ma charakteru ekwiwalentu za oddaną krew.

Wydatki związane z przyznaniem tego uprawnienia, będą minimalne ponieważ dotyczą wąskiej grupy ubezpieczonych dawców krwi chorych na niektóre, ściśle określone przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, choroby.

Uzupełnienie

uzasadnienia do projektu ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawy o publicznej służbie krwi

Rada Unii Europejskiej wydała zalecenie, w którym stwierdzono, iż krwiodawstwo powinno być dobrowolne i bezpłatne. W zaleceniu tym, Rada Unii poleca również stosowanie standardów opracowanych m.in. przez Radę Europy. Według ekspertów Senatu, Rada Europy ustaliła (w dokumencie mającym formę zalecenia), iż honorowym krwiodawcą jest osoba, która oddaje krew, osocze lub składniki komórkowe krwi dobrowolnie i bezpłatnie, tj. nie otrzymuje ani pieniędzy ani żadnej gratyfikacji, która może być uznana jako forma odpłatności. W związku z tym wszelkie istniejące w Polsce, w obecnym stanie prawnym, uprawnienia honorowych dawców, takie jak dzień wolny od pracy, zwrot utraconego zarobku, bezpłatne leki podstawowe i uzupełniające, bezpłatne preparaty żelaza i preparaty witaminowe oraz posiłek regeneracyjny są niezgodne z tymi zaleceniami. Tak więc, zdaniem ekspertów Senatu, również niniejszy projekt ustawy jest niezgodny ze wspomnianymi dokumentami.

Senat, mając na względzie przedstawioną opinię, przyjął uchwałę w sprawie wniesienia inicjatywy ustawodawczej, ponieważ:

- akty regulujące sprawy dawców krwi mają formę zaleceń, a więc aktów prawnych, które nie są obligatoryjne dla członków Unii i Rady Europy,
- nadane niniejszą ustawą uprawnienia nie odbiegają od innych uprawnień przyznanych przez polskie prawo honorowym dawcom krwi i mają ten sam charakter jak uprawnienia zasłużonych honorowych dawców krwi do bezpłatnych leków, tyle że dotyczą jeszcze węższej grupy dawców krwi i to dotkniętych rzadkimi chorobami.

Warszawa, dnia 10.09.1999 r.

Pan
Maciej Płażyński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

**Opinia
w sprawie zgodności projektu ustawy o zmianie ustawy o powszechnym
ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawy o publicznej służbie krwi z
prawem Unii Europejskiej**

Na podstawie art. 31 ust. 7 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 r. - Regulamin Sejmu (M.P. z 1998 r. Nr 44, poz. 618 z późniejszymi zmianami) sporządza się następującą opinię:

1. Przedmiot projektu ustawy

Przedmiotem projektu ustawy o zmianie ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. z 1997 r. nr 28, poz. 153, z późn. zm.) jest wprowadzenie przepisu umożliwiającego honorowym dawcom krwi odznaczonym odznaką „Honorowy Dawca Krwi - Zasłużony dla Zdrowia Narodu” otrzymywanie bezpłatne określonych leków, preparatów diagnostycznych oraz sprzętu jednorazowego użytku. Zmiana ustawy z dnia 22

sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 1997 r., nr 106, poz. 681, z późn. zm.) dotyczy ustalenia zadań Polskiego Czerwonego Krzyża w zakresie współpracy z publiczną służbą krwi oraz wprowadzeniu zasady korzystania przez zasłużonych krwiodawców poza kolejnością z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej (nie tylko publicznych - jak stanowiła dotychczas ustawa) oraz ze świadczeń aptek.

2. Stan prawa wspólnotowego materii objętej projektem

Bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa wspólnotowego nie regulują materii objętej proponowaną zmianą ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawy o publicznej służbie krwi. Zalecenie Rady (98/463/EC) z dnia 29 czerwca 1998 o zdolności dawców krwi i plazmy oraz badaniach oddanej krwi i plazmy we Wspólnocie Europejskiej (O.J. L nr 203) stwierdza we wstępie, że oddawanie krwi powinno być dobrowolne i bez wynagrodzenia.

3. Układ Europejski

Żadne z postanowień Układu ustanawiającego stowarzyszenie Polski ze Wspólnotami Europejskimi i ich państwami członkowskimi (Układ Europejski) nie dotyczy materii objętej zakresem omawianego projektu.

4. Analiza przepisów projektu

Zakres przedmiotowy proponowanych zmian w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie jest objęty bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa wspólnotowego ani postanowieniami Układu Europejskiego. Jest on jedynie objęty niewiążącym zaleceniem wydanym przez Radę. Zgodnie z art. 249 (dawna numeracja art. 189) zd. 6 Traktatu Ustanawiającego Wspólnotę Europejską: „Zalecenia i opinie nie mają charakteru wiążącego”. W tym zakresie można mówić o niezgodności projektu z wspomnianym wyżej zaleceniem, jako że bezpłatne udostępnianie określonych produktów osobom będącym krwiodawcami, w związku z faktem bycia krwiodawcą, można uznać za formę wynagradzania. Zakres przedmiotowy proponowanych zmian w ustawie o publicznej służbie krwi nie jest objęty przepisami prawa wspólnotowego ani postanowieniami Układu Europejskiego.

5. Konkluzje

Omawiany projekt zmiany ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym nie jest objęty bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa wspólnotowego. Niezgodność z zaleceniem Rady nie może być uznana jako niezgodność projektu z prawem wspólnotowym ze względu na niewiążący charakter zalecenia. Projekt zmiany ustawy o publicznej służbie krwi nie jest

objęty zakresem obowiązującego prawa wspólnotowego. Zmiany proponowane w ustawie o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz ustawy o publicznej służbie krwi nie są objęte zakresem bezwzględnie obowiązującego prawa wspólnotowego oraz nie są objęte obowiązkiem dostosowawczym wynikającym z Układu Europejskiego.

Opracował: Zespół Integracji Europejskiej

Akceptował: Dyrektor Biura Studiów i Ekspertyz

Wiesław Staśkiewicz

Deskryptory bazy REX: Unia Europejska, ubezpieczenia zdrowotne, krwiodawstwo

Tłoczono z polecenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Skierowano do druku 22 września 1999 r.

Cena - 0,66 zł + 22% VAT

