SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IV kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-198-02

Druk nr 932
Warszawa, 1 października 2002 r.

Pan
Marek Borowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

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

- **o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia** wraz z projektami podstawowych aktów wykonawczych

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

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z wyrazami szacunku
(-) Leszek Miller

P R O J E K T

USTAWA

z dnia ..... 2002 r.

o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia[1].

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:
1) zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanego dalej „ubezpieczeniem zdrowotnym”;
2) prawa i obowiązki ubezpieczonego;
3) zasady, tryb i terminy:
   a) zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego,
   b) ustalania składek na ubezpieczenie zdrowotne,
   c) opłacania i rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne,
   d) prowadzenia ewidencji ubezpieczonych i płatników składek;
4) organizację i zasady działania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”;
5) zasady zabezpieczania potrzeb zdrowotnych i organizację udzielania świadczeń zdrowotnych;
6) zasady nadzoru i kontroli wykonywania zadań z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 2. Ubezpieczeni mają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie.

Art. 3.1. Obowiązki władz publicznych w zakresie ochrony zdrowia ubezpieczonych wykonują w szczególności:
1) organy administracji rządowej;
2) jednostki samorządu terytorialnego;
3) Fundusz.
2. Wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia ubezpieczonych opiera się na zasadach rzetelności, celowości oraz gospodarności.

Art. 4. Władze publiczne gwarantują:
1) przestrzeganie zasady równego traktowania obywateli oraz solidarności społecznej w ochronie zdrowia;

2) zapewnienie ubezpieczonym równego i nieprzerwanego oraz opartego na wolnym wyborze dostępu do świadczeń zdrowotnych, na warunkach określonych w ustawie.

Art. 5. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

1) **ambulatoryjnej opiece zdrowotnej** - rozumie się przez to udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych pacjentom niewymagającym leczenia szpitalnego lub innego leczenia w warunkach zamkniętych;
2) **aptece -** rozumie się przez to aptekę ogólnodostępną, a także punkt apteczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1181 i Nr 152, poz. 1265);
3) **członku rodziny** - rozumie się przez to następujące osoby:
   a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
   b) małżonka,
   c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
4) **felczerze ubezpieczenia zdrowotnego** - rozumie się przez to felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń zdrowotnych u świadczeniodawcy, z którym to świadczeniodawcą zawarto umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
5) **inwalidzie wojennym lub wojskowym** - rozumie się przez to osobę, o której mowa w art. 6-8 lub w art. 30 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 87);
6) **kombatancie** - rozumie się przez to osobę, o której mowa w art. 1 – 4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371);
7) **lekarzu ubezpieczenia zdrowotnego** - rozumie się przez to lekarza będącego świadczeniodawcą lub lekarza wykonującego zawód u świadczeniodawcy, z którym to świadczeniodawcą zawarto umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
8) **leku podstawowym** - rozumie się przez to produkt leczniczy ratujący życie lub niezbędny w terapii dla podtrzymania zdrowia, najbardziej uzasadniony w danej grupie produktów leczniczych;
9) **leku recepturowym** - rozumie się przez to produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;
10) **leku uzupełniającym** - rozumie się przez to produkt leczniczy wspomagający lub uzupełniający działanie leków podstawowych, a także produkt leczniczy najnowszej generacji o zbliżonych właściwościach terapeutycznych, a wysokiej cenie;
11) **najkorzystniejszej oferci**e - rozumie się przez to ofertę z najniższą ceną albo ofertę, która przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów odnoszących się do przedmiotu zamówienia, w tym:

a) kompleksowości oferowanych świadczeń obejmującej ich zakres merytoryczny oraz stopień zapewnienia ubezpieczonemu ciągłości dostępu do świadczeń zdrowotnych, w szczególności diagnostyki i terapii,
b) dostępności do świadczeń zdrowotnych przez ubezpieczonych,
c) kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
d) jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych ustalonej w oparciu o wewnętrzną oraz zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem jakości lub akredytacją;

12) **najniższym wynagrodzeniu** - rozumie się przez to najniższe wynagrodzenie pracowników, określone na podstawie odrębnych przepisów;
13) **nazwie handlowej leku** - rozumie się przez to nazwę leku zastrzeżoną przez wytwórcę;
14) **nazwie międzynarodowej leku** - rozumie się przez to nazwę leku ustaloną przez Światową Organizację Zdrowia;
15) **wyrobach medycznych** - rozumie się przez to wyroby, które zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 126, poz. 1380 oraz 2002 r. Nr 152, poz. 1264), mogą być przedmiotem obrotu w hurtowniach farmaceutycznych i aptekach;
16) **osobie bezdomnej wychodzącej z bezdomności** - rozumie się przez to osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 listopada 1990 r.o pomocy społecznej (Dz. U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414, Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 20, poz. 170, Nr 79, poz. 885 i Nr 90, poz. 1001, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i Nr 19, poz. 238 oraz z 2001 r. Nr 72, poz. 748, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 973, Nr 111, poz. 1194, Nr 122, poz. 1349 i Nr 154, poz. 1792);
17) **osobie pobierającej emeryturę lub rentę** - rozumie się przez to osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym lub pobierającą rentę strukturalną, na podstawie odrębnych przepisów;
18) **osobie prowadzącej działalność pozarolniczą** - rozumie się przez to osoby, o których mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459, Nr 72, poz. 748, Nr 100, poz. 1080, Nr 110, poz. 1189, Nr 111, poz. 1194, Nr 130, poz. 1452 i Nr 154, poz. 1792 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365 i Nr 74, poz. 676);
19) **osobie współpracującej** - rozumie się przez to osoby, o których mowa w art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
20) **potrzebach zdrowotnych** - rozumie się przez to ilość świadczeń zdrowotnych, która powinna być dostarczona w celu zachowania i przywrócenia zdrowia w danym miejscu i czasie;
21) **przeciętnym wynagrodzeniu** - rozumie się przez to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”;
22) **świadczeniodawcy -** rozumie się przez to:

a) zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie oraz grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki,

b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, i udziela ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej;

23) **świadczeniu zdrowotnym** - rozumie się przez to świadczenia, określone w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, 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 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984); świadczenie zdrowotne obejmuje również transport sanitarny inny, niż określony w art. 4 pkt 4 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 i Nr 154, poz. 1801);

24) **ubezpieczeniu społecznym** - rozumie się przez to ubezpieczenia określone w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych;

25) **ubezpieczeniu społecznym rolników** - rozumie się przez to ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 60, poz. 636, z 2000 r. Nr 45, poz. 531, z 2001 r. Nr 73, poz. 764 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984) oraz w ustawie z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U. Nr 52, poz. 539);

26) **wyrobach sanitarnych** - rozumie się przez to materiały i preparaty opatrunkowe przeznaczone dla celów medycznych oraz środki ich mocowania.

Rozdział 2

Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu

Art. 6. 1. Ubezpieczonymi w Funduszu są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy uprawniającej do podjęcia pracy, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, jeżeli:

1) podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego;

2) ubezpieczają się dobrowolnie.

2. Ubezpieczonymi w Funduszu są także osoby posiadające obywatelstwo polskie, niezamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego i są objęte:

1) ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym na podstawie przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
2) ubezpieczeniem społecznym rolników.

Art. 7. 1. Ubezpieczonymi w Funduszu są także:

1) cudzoziemcy - studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż;

2) cudzoziemcy - członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony

- jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie.

2. Za ubezpieczonych uznaje się także zamieszkujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej członków rodzin osób, o których mowa w art. 6 ust.1, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 9 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 9 ust. 2.

Art. 8. W Funduszu, z zastrzeżeniem art. 6 ust. 1 i art. 7, 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.

Art. 9.1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, z zastrzeżeniem art. 6 i 7, które są:

a) pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,

b) rolnikami lub ich domownikami w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,

c) osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi,

d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,

e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, i osobami z nimi współpracującymi,

f) osobami duchownymi,

g) członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin,

h) osobami pobierającymi świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, wynikające z odrębnych przepisów lub z układów zbiorowych pracy;

2) żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydaci na żołnierzy zawodowych i poborowi odbywający służbę zastępczą;
3) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową;
4) policjanci;
5) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;
6) funkcjonariusze Agencji Wywiadu;
7) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu;
8) funkcjonariusze Straży Granicznej;
9) funkcjonariusze Służby Celnej;
10) funkcjonariusze Służby Więziennej;
11) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;
12) posłowie i senatorowie pobierający uposażenie poselskie albo senatorskie, a także radni jednostek samorządu terytorialnego pobierający uposażenie radnego;
13) sędziowie i prokuratorzy;
14) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenia rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze;
15) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
16) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
17) dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego, nieprzebywające w placówkach, o których mowa w pkt 16, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z zastrzeżeniem art. 16 pkt 3;
18) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1;
19) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 2;
20) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej;
21) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15 roku życia, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
22) bezrobotni, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
23) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 2001 r. Nr 6, poz. 56, Nr 42, poz. 475, Nr 89, poz. 973, Nr 100, poz. 1080, Nr 122, po z. 1323 i 1325, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1793 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253,

Nr 74, poz. 675 i Nr 113, poz. 984), niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
24) osoby pobierające rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
25) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
26) kombatanci niepodlegający ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty;
27) osoby korzystające z urlopu wychowawczego niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
28) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
29) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1-28 i 30;
30) członkowie rad nadzorczych pobierający z tego tytułu świadczenia pieniężne.

2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 15-18, 21-24 i 28.

Art. 10.1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu zgodnie z przepisami art. 17 i 18 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.
2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do Funduszu uzyskuje prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 7 ust. 2, którzy uzyskują, po zgłoszeniu, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Zgłoszenia, o którym mowa w ust. 3, dokonuje się wraz ze zgłoszeniem osoby, o której mowa w ust. 1.
5. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w ust. 2 i 3, ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.
6. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego dla osób, które ukończyły szkołę średnią lub wyższą wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów.
7. Osoba, o której mowa w ust. 2, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, ma, wraz z członkami rodziny, o których mowa art. 7 ust. 2, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.
8. Osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, ma, wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 7 ust. 2, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń, nie dłużej niż 6 miesięcy od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia.

Art. 11. 1. Osoba niewymieniona w art. 9 ust. 1 może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1, ma obowiązek zgłosić do Funduszu, członków rodziny, o których mowa w art. 7 ust. 2.
3. Podstawę wymiaru składki opłacanej przez:
1) osobę, o której mowa w ust. 1, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu;
2) osobę, o której mowa w art. 7 ust. 1, stanowi kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.
4. Osoba, o której mowa w ust. 1, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Funduszem, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek, chyba że zaległość nie przekracza równowartości miesięcznej kwoty składki.
5. Objęcie osoby, o której mowa w ust. 1, ubezpieczeniem zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty dodatkowej na rachunek Funduszu.
6. Wysokość opłaty dodatkowej jest uzależniona od okresu, w którym osoba, o której mowa w ust. 1, nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym i wynosi:
1) 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku;
2) 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej roku do 2 lat;
3) 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 2 lat do 5 lat;
4) 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 5 lat do 10 lat;
5) 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 10 lat.
7. Opłaty dodatkowe, o których mowa w ust. 6, nie dotyczą osób wymienionych w art. 7.
8. Przy obliczaniu opłaty dodatkowej, o której mowa w ust. 5, do okresu, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym (przerwy w ubezpieczeniu), dolicza się okres niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w art. 218.
9. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby, o której mowa w ust. 1, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty dodatkowej lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na 12 rat.
10. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o której mowa w ust. 1, i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny, o których mowa w art. 7 ust. 2, rozpoczyna się w dniu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

Art. 12. **1.** Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. a, c–h, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 29, powstaje od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników a ustaje z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu.
3. Pracownik korzystający z urlopu bezpłatnego ma prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w art. 10 ust. 5.
4. Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego każda osoba może ubezpieczyć się na zasadach określonych w art. 11.

Art. 13. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, powstaje z dniem powołania lub skierowania do służby, a wygasa z dniem zwolnienia z tej służby.
2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 3-11 i 13, powstaje z dniem nawiązania stosunku służbowego, a wygasa z dniem jego ustania.

Art. 14. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 12, powstaje z dniem przyznania im uposażenia, a wygasa z dniem utraty prawa do pobierania uposażenia.

Art. 15. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego emerytów i rencistów powstaje od dnia, od którego przysługuje wypłata emerytury lub renty, a wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia.
2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do osób w stanie spoczynku pobierających uposażenie lub pobierających uposażenie rodzinne oraz osób pobierających uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze.

Art. 16. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego:

1) uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15, powstaje z dniem przyjęcia do szkoły lub zakładu kształcenia nauczycieli, a wygasa z dniem ukończenia szkoły lub zakładu kształcenia nauczycieli albo skreślenia z listy uczniów lub słuchaczy;
2) dzieci, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 16, przebywających w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej, powstaje z dniem przyjęcia do placówki albo domu, a wygasa z końcem pobytu w placówce bądź domu;
3) dzieci, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 17, powstaje z dniem uznania przez ośrodek pomocy społecznej zasadności objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem uznania, że ustała zasadność objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, nie później niż z dniem, w którym dziecko rozpoczyna realizację obowiązku szkolnego; ośrodek pomocy społecznej może odmówić uznania zasadności objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym lub uznać, że ustała

konieczność i zasadność objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym dziecka spełniającego przesłanki określone w art. 9 ust. 1 pkt 17, jeżeli na podstawie wywiadu rodzinnego (środowiskowego) stwierdzi, iż warunki materialne opiekunów prawnych lub faktycznych dziecka umożliwiają jego ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych w art. 11;

4) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 18 i 20, powstaje z dniem immatrykulacji lub przyjęcia na studia doktoranckie i złożenia przez osobę zainteresowaną oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, a wygasa z dniem ukończenia szkoły wyższej lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich;

5) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 19, powstaje z dniem przyjęcia do wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub do zakonu albo jego odpowiedników, a wygasa z dniem ukończenia 25 roku życia albo wystąpienia z wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub zakonu albo jego odpowiedników;

6) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 21, powstaje z dniem przyznania stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do jego pobierania;

7) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 22, powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego, a wygasa z dniem utraty tego statusu;

8) osób pobierających świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny z urzędu pracy obejmuje okres od dnia przyznania prawa do świadczenia przedemerytalnego do dnia utraty prawa do jego pobierania, a w przypadku zasiłku przedemerytalnego - do jego wygaśnięcia, a w odniesieniu do osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 23 - obejmuje okres od dnia zarejestrowania się w urzędzie pracy do dnia przyznania prawa do zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego;

9) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 24, obejmuje okres od dnia przyznania renty lub zasiłku do dnia utraty prawa do ich pobierania;

10) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25, powstaje od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności, a wygasa z dniem zakończenia realizacji tego programu lub zaprzestania realizacji tego programu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

11) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26, powstaje z dniem złożenia w Urzędzie do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych oświadczenia o niepodleganiu przepisom o systemie ubezpieczeń społecznych i braku innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem ustania tych warunków;

12) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 27, powstaje z dniem rozpoczęcia urlopu, a wygasa z dniem zakończenia urlopu;

13) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 28, powstaje z dniem, w którym świadczenie alimentacyjne staje się wymagalne, a wygasa w dniu, w którym świadczenie to przestaje być wymagalne;

14) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 30, powstaje z dniem powołania na członka rady nadzorczej i przyznaniem uposażenia, a wygasa w dniem zaprzestania pełnienia tej funkcji.

Art. 17. 1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników oraz wymienionych w ust. 4-17 i art. 18 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego lub do ubezpieczenia społecznego rolników, z zastrzeżeniem art. 19 i art. 28 ust. 6.
2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2-13, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego, z zastrzeżeniem art. 19.
3. Osoby pobierające emeryturę lub rentę zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, właściwy organ emerytalny lub bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy, do 15-tego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.
4. 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 zdrowotnego podmiot wypłacający to uposażenie lub świadczenie.
5. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15, 16 i 18, zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli, szkoły wyższe, jednostki prowadzące studia doktoranckie, placówki pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze i domy pomocy społecznej.
6. Dzieci, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 17, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej na wniosek opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka albo z własnej inicjatywy.
7. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 19, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio wyższe seminarium duchowne albo teologiczne lub zakon albo jego odpowiednik.
8. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 20, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
9. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 21, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.
10. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 22 i 23, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego urząd pracy.
11. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 24, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej.
12. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności.
13. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.
14. Osoby, o których mowa w art. 9 ust 1 pkt 27, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego, w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do Zakładu

Ubezpieczeń Społecznych, pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna, z zastrzeżeniem ust. 15.
15. Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego osoby korzystające z urlopu wychowawczego, którym wypłaca zasiłek wychowawczy.
16. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 29, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te obowiązane są zgłosić się w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu ich zarejestrowania.
17. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 30, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający świadczenie pieniężne.

Art. 18. Osoby niewymienione w art. 17 zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same.

Art. 19.1. Zgłoszenia, o których mowa w art. 17 i 18, kierowane są do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
2. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, powinny zawierać:
1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego;
2) nazwisko i imię;
3) datę urodzenia;
4) adres zamieszkania;
5) numery PESEL i NIP, a w razie gdy ubezpieczonemu nie nadano tych numerów lub jednego z nich – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

3. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, o których mowa w art. 7 ust. 2, podmiot obowiązany do zgłoszenia ubezpieczonego, przesyła również do Funduszu dane wymienione w ust. 2 oraz następujące dane dotyczące członka rodziny:
1) nazwisko i imię;
2) datę urodzenia;
3) adres zamieszkania;
4) stopień pokrewieństwa;
5) stopień niepełnosprawności;
6) numery PESEL i NIP, a w razie gdy członkowi rodziny nie nadano tych numerów lub jednego z nich – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;
7) informacje o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym.

Art. 20.1. Dowodem objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego zawiera następujące dane osobowe:
1) imię i nazwisko;
2) numer PESEL;
3) kod płatnika;
4) numer karty.

3. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych, w szczególności w celu:
1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;

2) gromadzenia danych o osobach ubezpieczonych w Funduszu.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz tryb wydawania i unieważniania karty ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględniając dane wymienione w ust. 2 oraz konieczność ochrony tych danych zgodnie z odrębnymi przepisami.

Rozdział 3

Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 21. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 7,75% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 22 ust. 1 i art. 24.

2. Składka jest miesięczna i niepodzielna.

Art. 22.1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego, z zastrzeżeniem ust. 2.

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

3. Podstawą wymiaru składki dla rolnika, o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 29 oraz dla domowników, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. b i art. 9 ust. 1 pkt 29, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.

4. Składka rolnika na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje członków jego rodziny, jeżeli nie są oni domownikami w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników.

5. Składka rolnika, z wyłączeniem składki z tytułu prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej, nie może przekroczyć wysokości kwoty składki naliczanej ze 100 hektarów przeliczeniowych prowadzonego gospodarstwa rolnego.

Art. 23. 1. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. a, c-h, stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 9.

2. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 3-11, objętych ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 5-7.

3. Podstawę wymiaru składek dla osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 3-11, nieobjętych ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, stanowi kwota odpowiadająca uposażeniu tych osób.

4. Podstawę wymiaru składek osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, stanowi kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.

5. Przy ustalaniu podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się wyłączeń wynagrodzeń za czas niezdolności do

pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz nie stosuje się ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.

6. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza się o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe finansowanych przez ubezpieczonych niebędących płatnikami składek, potrąconych przez płatników ze środków ubezpieczonego, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych.

7. Podstawę wymiaru składek dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej będących w służbie kandydackiej stanowi kwota odpowiadająca wysokości najniższego wynagrodzenia.

8. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla:

1) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 12 i 13, jest kwota odpowiadająca wysokości uposażenia albo wynagrodzenia tych osób;

2) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 14, jest kwota emerytury, renty, z wyłączeniem dodatków, zasiłków, świadczeń pieniężnych i ryczałtu energetycznego, 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;

3) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15-18, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej;

4) osób, o których mowa w art. 9 ust.1 pkt 20 i 21, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium;

5) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 22, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium, a w przypadku niepobierania przez bezrobotnego zasiłku lub stypendium - kwota odpowiadająca 40% wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej;

6) osób, o których mowa w art. 9 ust.1 pkt 23, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, a w przypadku niepobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego - kwota odpowiadająca 40% wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej;

7) osób, o których mowa w art. 9 ust.1 pkt 24, jest kwota odpowiadająca wysokości renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej;

8) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25 i 26, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej;

9) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 27, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku wychowawczego, a w przypadku niepobierania zasiłku - kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej;

10) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 28, jest kwota odpowiadająca kwocie faktycznie otrzymanych alimentów nie wyższa jednak od wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej;

11) osób, o których mowa w art. 9 ust.1 pkt 30, jest dochód otrzymywany z tytułu pełnionej funkcji.

9. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. f oraz art. 9 ust. 1 pkt 19, z wyłączeniem osób duchownych

będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku od przychodów osób duchownych, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.
10. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, ich domowników oraz osób pobierających emeryturę lub rentę rolniczą, a także terminy i tryb ich opłacania, uwzględniając potrzebę zapewnienia terminowego opłacania składek.

Art. 24.1. Jeżeli spełnione są przesłanki do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 9 ust. 1, z więcej niż jednego tytułu, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie, z zastrzeżeniem ust. 4-8.
2. Jeżeli ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego źródła przychodów w ramach tego samego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 9 ust. 1, składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca się odrębnie od wszystkich uzyskiwanych przychodów, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego źródła przychodów w ramach tego samego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 9 ust.1 pkt 1 lit. c, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego ze źródeł przychodów.
4. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 9 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innej podstawy do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 9 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej. Jeżeli tytuły powstały równocześnie, składka jest opłacana z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.
5. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana od dodatkowych przychodów z działalności pozarolniczej przez osoby, których świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty najniższego wynagrodzenia, w przypadku gdy osoby te:
1) uzyskują dodatkowe przychody z tej działalności w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury, lub
2) opłacają podatek dochodowy w formie karty podatkowej.

6. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osoby zaliczone do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności, od dodatkowych przychodów z prowadzonej przez te osoby działalności pozarolniczej, jeżeli osoby te:
1) uzyskują przychody z tej działalności, w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury, lub
2) opłacają podatek dochodowy w formie karty podatkowej.

7. Jeżeli działalność pozarolnicza stanowi jedyne źródło przychodu osób, o których mowa w ust. 6, składka opłacana jest w wysokości nieprzekraczającej kwoty należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych.
8. Osoba duchowna, która nie jest podatnikiem podatku ryczałtowego, a jedynym jej źródłem przychodu jest zatrudnienie, pobierana emerytura bądź renta, opłaca składkę

na ubezpieczenie zdrowotne wyłącznie z tytułu zatrudnienia albo z tytułu pobierania emerytury bądź renty.

Art. 25.1. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 27 ust. 1-11, zgodnie z przepisami art. 21-24, jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.

2. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:

1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek;

2) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 33 i pkt 66 ustawy, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 i 14;

3) kwota stanowiąca równowartość ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy, przysługująca na podstawie odrębnych przepisów osobom, o których mowa w art. 18 ust. 12 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;

4) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 74 ustawy, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 14

- składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 21-24.

3. Płatnik składek przekazuje w formie elektronicznej, w terminie, o którym mowa w art. 30 ust. 1, do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu zestawienie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych z uwzględnieniem obniżenia określonego w ust. 1, zawierające informację o wysokości tych składek, jeżeli były ustalane zgodnie z przepisami niniejszego rozdziału.

4. Zestawienie, o którym mowa w ust. 3, powinno zawierać ponadto następujące dane:

1) imię i nazwisko ubezpieczonego;

2) adres zamieszkania ubezpieczonego;

3) numer PESEL oraz numer NIP ubezpieczonego;

4) serię i numer dowodu osobistego lub paszportu ubezpieczonego - w przypadku nieposiadania numerów, o których mowa w pkt 3, albo jednego z nich;

5) nazwę (firmę) oraz adres siedziby płatnika;

6) numer NIP oraz numer REGON płatnika.

Art. 26. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, z zastrzeżeniem art. 27 i 28.

Art. 27.1. Za osobę pozostającą w stosunku pracy lub w stosunku służbowym składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza pracodawca, a w razie wypłaty świadczeń pracowniczych z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, o którym mowa w ustawie z dnia 29 grudnia 1993 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 85 i Nr 127, poz. 1088), podmiot obowiązany do wypłaty tych świadczeń.

2. Za funkcjonariuszy, o których mowa w art. 23 ust. 7, składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza szkoła Państwowej Straży Pożarnej.
3. Za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza zamawiający.
4. Za osobę pobierającą świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, składkę, jako płatnik, oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający świadczenie lub zasiłek.
5. Za bezrobotnego pobierającego zasiłek lub stypendium, osobę pobierającą zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza właściwy urząd pracy.
6. Za członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz członków ich rodzin składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza spółdzielnia.
7. Za osobę pobierającą uposażenie posła lub senatora składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Kancelaria Sejmu lub Kancelaria Senatu; za radnego składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza właściwa jednostka samorządu terytorialnego.
8. Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty emerytury lub renty, o której mowa w art. 23 ust. 8 pkt 2, i odprowadza Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, inna instytucja emerytalno-rentowa wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy.
9. 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.
10. Za osobę, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 20, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
11. Za osobę, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 21, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający stypendium.
12. Za osobę współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność składkę oblicza, odprowadza i finansuje ze środków własnych osoba prowadząca pozarolniczą działalność.
13. Za osobę korzystającą z urlopu wychowawczego, składkę na ubezpieczenie zdrowotne oblicza pracodawca, rolnicza spółdzielnia produkcyjna albo Zakład Ubezpieczeń Społecznych, jeżeli wypłaca zasiłek wychowawczy.
14. Za członka rady nadzorczej, składkę, jako płatnik, oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający to świadczenie pieniężne.

Art. 28.1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:
1) rolników, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 29, oraz domowników, z wyjątkiem rolników prowadzących działy specjalne produkcji rolnej, opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
2) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, opłaca Minister Obrony Narodowej.

3) dzieci, uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15 i 16, przebywających w placówce pełniącej funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze lub w domu pomocy społecznej opłaca placówka lub dom, a uczniów i słuchaczy nieprzebywających w takiej placówce, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, opłaca szkoła lub zakład kształcenia nauczycieli, do którego uczeń lub słuchacz uczęszcza;
4) dzieci, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 17, opłaca ośrodek pomocy społecznej;
5) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 18, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia;
6) bezrobotnych niepobierających zasiłku oraz osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 23, opłaca właściwy urząd pracy;
7) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 24, opłaca podmiot wypłacający to świadczenie;
8) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25, opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności;
9) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26, opłaca Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych;
10) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 27, opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
11) osób, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1, jeżeli zostały uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia.

2. Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, a także osób, którym przyznano renty na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz członków ich rodzin, jak również osób, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji niewypałów i niewybuchów pozostałych po tych działaniach, otrzymujących dochody z tytułu emerytury lub renty, zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych, na podstawie odrębnych przepisów, są finansowane z budżetu państwa.

3. Środki z budżetu państwa na składki wymienione w ust. 1 pkt 3 i 6 otrzymują jednostki samorządu terytorialnego jako dotacje celowe na zadania z zakresu administracji rządowej.

4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne duchownych oraz alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantów, nowicjuszy i juniorystów i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku od przychodów osób duchownych, są finansowane z Funduszu Kościelnego.

5. Na opłacenie składek, o których mowa w ust. 4, Fundusz Kościelny otrzymuje dotacje z budżetu państwa.

6. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. b, opłacana jest od pierwszego dnia miesiąca, w którym złożono zgłoszenie do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, do

ostatniego dnia miesiąca, w którym ustały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Art. 29.1. Płatnik, o którym mowa w art. 27 i art. 28 ust. 1, za terminowe naliczenie i odprowadzenie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz przekazanie związanych z tym informacji ma prawo do potrącania kwoty w wysokości 0,05 % odprowadzonej kwoty składek.
2. Kwota, o której jest mowa w ust. 1, jest potrącana przez płatnika z kwoty pobranych składek.

Art. 30.1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 26-28, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianym dla składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli do tych osób i jednostek nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym - w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.
2. Od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobiera się odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.
3. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:
1) osób wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. a i c-h, w art. 9 ust. 1 pkt 2-28 i 30 oraz w art. 11 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2;
2) osób wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. b i w art. 9 ust. 1 pkt 14 pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, oraz osób wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 29, są opłacane i ewidencjonowane w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

4. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz dokumentów umożliwiających rozdzielenie składek na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do centrali Funduszu.
5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne i należności pochodne od składek niezwłocznie do centrali Funduszu, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich wpływu na rachunek, o którym mowa w art. 47 ust. 4 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.
6. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane o ubezpieczonych, o których mowa w art. 141 ust. 2 pkt 1-5, i przekazanych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne i odsetkach za zwłokę, nie później niż w ciągu 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających ustalenie ich wysokości i rozdzielenie ich na ubezpieczonych.
7. Centrala Funduszu jest uprawniona do nieodpłatnego dostępu do informacji o ubezpieczonym i opłacanej przez niego składce, w zakresie niezbędnym do realizacji ubezpieczenia zdrowotnego, znajdujących się w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane, o których mowa w art. 141 ust. 2 pkt 1-7 i 9,

przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 19 ust. 1, po przeprowadzeniu ich weryfikacji, polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL.
9. Nie później niż do ostatniego dnia drugiego miesiąca następującego po kwartale, Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu sprawozdanie zawierające informacje, w podziale na poszczególnych ubezpieczonych, o należnej składce z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego za ten kwartał.
10. Minister właściwy do spraw pracy w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu, przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.
11. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, terminy, zakres i tryb weryfikacji danych ubezpieczonych, o której mowa w ust. 8, oraz sposób postępowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w razie stwierdzenia ich niezgodności, uwzględniając tryb dokonywania niezbędnych korekt w przypadku stwierdzenia niezgodności przekazywanych danych oraz konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.

Art. 31. Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,25% kwoty tej części składek przekazanych do centrali Funduszu, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego).

Art. 32. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 4-11, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostkę, uwzględniając sposób zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Art. 33. Od kwoty nieprzekazanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami, Fundusz pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

Art. 34. 1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz należności z tytułu odsetek za zwłokę, nieopłacone w terminie, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
2. Należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym składka stała się wymagalna.
3. Bieg przedawnienia przerywa odroczenie terminu płatności, rozłożenie spłaty należności na raty i każda inna czynność zmierzająca do ściągnięcia należności, jeżeli o czynności tej został zawiadomiony dłużnik. Należności z tytułu składek nie można jednak dochodzić, jeżeli od terminu ich wymagalności upłynęło 10 lat.

Art. 35. 1. Zwrot nadpłaconej składki następuje na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.
2. Zwrotu nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne nie można dochodzić, jeżeli od dnia ich opłacenia upłynęło 5 lat.

Art. 36. 1. Składka na 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 2000 r. Nr 14, poz. 176, Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz.968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676 i Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182);
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, z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324 oraz z 2001 r. Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 125, poz. 1363 i 1369 i Nr 134, poz. 1509, Nr 141, poz. 1183).

2. Odliczenia, o których mowa w ust. 1, nie mogą powodować zmniejszenia dochodów jednostek samorządu terytorialnego.

Rozdział 4

Narodowy Fundusz Zdrowia

Art. 37. 1. Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną i posiada osobowość prawną.
2. Siedzibą Funduszu jest miasto stołeczne Warszawa.
3. Fundusz działa na podstawie ustawy i statutu.
4. Prezes Rady Ministrów, w drodze zarządzenia, nadaje statut Funduszu, uwzględniając w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu, siedziby oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz zakres rzeczowy działania centrali Funduszu i oddziałów wojewódzkich Funduszu, a także kwot, do wysokości których Zarząd uprawniony jest do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących nabywania praw i zaciągania zobowiązań.

Art.38.1. Fundusz w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym zarządza środkami finansowymi przekazywanymi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami.

2. Fundusz finansuje świadczenia zdrowotne w ramach posiadanych środków finansowych. Świadczenia zdrowotne powinny odpowiadać aktualnej wiedzy i praktyce medycznej.

Art. 39.1. W skład Funduszu wchodzą:
1) centrala Funduszu;
2) oddziały wojewódzkie Funduszu.
2. Oddziałem wojewódzkim Funduszu kieruje dyrektor. Do kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należą sprawy określone w ustawie, statucie oraz w pełnomocnictwach i upoważnieniach udzielonych przez Prezesa Funduszu.
3. Oddziały wojewódzkie Funduszu tworzone są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa.
4. Techniczno-organizacyjną obsługę organów Funduszu sprawuje centrala Funduszu.
5. W jednostce organizacyjnej Funduszu, o której mowa w ust. 1 pkt 1, tworzy się komórkę organizacyjną do spraw służb mundurowych.
6. W jednostkach organizacyjnych Funduszu, o których mowa w ust. 1 pkt 2, tworzy się komórki organizacyjne do spraw służb mundurowych.
7. Kierowników komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 5 i 6, powołują na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych:
1) w centrali Funduszu - Prezes Funduszu;
2) w oddziałach wojewódzkich Funduszu - dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego

- z zastrzeżeniem ust. 9.

8. Prezes Funduszu występuje do Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych, o przedstawienie wniosku, o którym mowa w ust. 7, wyznaczając termin jego przedłożenia, nie krótszy niż 30 dni.
9. W przypadku nieprzedstawienia w terminie wniosku, o którym mowa w ust. 7, kierowników komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 5 i 6 powołują odpowiednio:
1) w centrali Funduszu - Prezes Funduszu;
2) w oddziałach wojewódzkich Funduszu - dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego.

Art. 40.1. Do zakresu działania Funduszu należy w szczególności:
1) zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocja zdrowia;
2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
3) określanie zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, ich jakości i dostępności, oraz analizy kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów, a także określenie zasad rozliczeń ze świadczeniodawcami oraz zasad kontroli realizacji umów zawieranych ze świadczeniodawcami;

4) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
5) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej;
6) wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Fundusz nie prowadzi działalności gospodarczej.

3. Fundusz nie prowadzi zakładów opieki zdrowotnej, nie może być ich właścicielem ani nie może posiadać w jakiejkolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej lub apteki, w szczególności nie może być akcjonariuszem lub udziałowcem spółek prowadzących zakłady opieki zdrowotnej, akcjonariuszem lub udziałowcem spółek prowadzących obrót lekami.

4. Zadania Funduszu określone w ust. 1 pkt 1-3 i 6, w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych, realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 39 ust. 6, z uwzględnieniem potrzeb wynikających z planu zdrowotnego dla służb mundurowych.

Art. 41.1.Organami Funduszu są:
1) Rada Funduszu;
2) Prezes Funduszu;
3) Zarząd Funduszu.

2. W sprawach niezastrzeżonych do kompetencji Rady Funduszu i Prezesa Funduszu, organem właściwym jest Zarząd Funduszu.

Art. 42. 1. Rada Funduszu składa się z 13 osób, spełniających wymagania określone w ust. 2, powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów na 5 lat, przy czym:
1) 1 członka - Przewodniczącego Rady, powołuje się na wspólny wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
2) 4 członków powołuje się na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia;
3) 1 członka powołuje się na wniosek ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
4) 1 członka powołuje się na wniosek Ministra Obrony Narodowej;
5) 1 członka powołuje się na wniosek Ministra Sprawiedliwości;
6) 1 członka powołuje się na wniosek ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
7) 1 członka powołuje się na wniosek ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego;
8) 2 członków powołuje się na wniosek Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych;
9) 1 członka powołuje się na wniosek Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

2. W skład Rady Funduszu mogą wchodzić wyłącznie osoby, które spełniają łącznie poniższe kryteria:
1) korzystają z pełni praw publicznych;
2) posiadają wyższe wykształcenie z zakresu medycyny, prawa, ekonomi, zarządzania lub finansów;

3) posiadają uprawnienia konieczne do zasiadania w radach nadzorczych jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, zgodnie z odrębnymi przepisami.

3. Do zadań Rady Funduszu należy w szczególności:

1) uchwalanie Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych i sprawozdania z jego wykonania;

2) uchwalanie rocznego planu finansowego Funduszu, uchwalanie planu pracy Funduszu i rocznego sprawozdania z działalności Funduszu;

3) stały nadzór nad działalnością Funduszu;

4) uchwalanie regulaminu działania Zarządu Funduszu;

5) ocena pracy Zarządu;

6) podejmowanie uchwał dotyczących majątku Funduszu, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla Zarządu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu;

7) opiniowanie systemu wynagradzania pracowników Funduszu;

8) wybór biegłego rewidenta wykonującego badanie rocznego sprawozdania finansowego Funduszu;

9) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu.

4. Rada Funduszu podejmuje uchwały większością głosów przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady, z zastrzeżeniem art. 44 ust. 3. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Rady.

5. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu, Prezes Rady Ministrów odwołuje go w przypadku:

1) rezygnacji ze stanowiska;

2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;

3) prawomocnego skazania za przestępstwo;

4) prawomocnego orzeczenia utraty praw publicznych.

6. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu, Prezes Rady Ministrów może go odwołać także na podstawie wniosku podmiotu, na wniosek którego został powołany.

7. W przypadku odwołania członka Rady Funduszu albo jego śmierci przed upływem jego kadencji, Prezes Rady Ministrów powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy ust. 1 stosuje się odpowiednio.

8. Przepisu ust. 7 nie stosuje się w przypadku gdy do końca kadencji członka Rady Funduszu pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia odwołania albo śmierci poprzedniego jej członka.

9. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:

1) tryb zgłaszania kandydatów na członków Rady Funduszu;

2) regulamin działania Rady Funduszu oraz sposób wynagradzania członków Rady Funduszu

- uwzględniając terminy zgłaszania członków, formę zgłoszeń oraz zakres zadań Rady Funduszu.

Art. 43. 1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.

2. Prezesa Funduszu powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów.

3. Do zakresu działania Prezesa Funduszu należy w szczególności:

1) kierowanie pracami Zarządu;
2) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, jednostkami samorządu terytorialnego, innymi instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi i związkami pracodawców;
3) powoływanie i odwoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz na ich wniosek zastępców dyrektorów oraz głównych księgowych;
4) powoływanie i odwoływanie Rad Społecznych przy oddziałach wojewódzkich Funduszu;
5) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników Funduszu.

4. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy albo śmierci, Prezesa Funduszu zastępuje wyznaczony na podstawie pisemnego upoważnienia Zastępca Prezesa Funduszu. Upoważnienia udziela Prezes Funduszu, a w przypadku niemożności udzielenia upoważnienia przez Prezesa, Rada Funduszu.

5. Prezes Funduszu może udzielić Zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu, dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu i innym pracownikom Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych i upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych.

6. Pełnomocnictwa i upoważnienia, o których mowa w ust. 4 i 5, są udzielane na piśmie pod rygorem nieważności.

Art. 44. 1. W skład Zarządu Funduszu wchodzą:
1) Prezes Funduszu;
2) trzech Zastępców Prezesa - Zastępca Prezesa do spraw medycznych, Zastępca Prezesa do spraw finansowych i Zastępca Prezesa do spraw służb mundurowych.

2. Zastępcą Prezesa do spraw medycznych jest lekarz.

3. Zastępców Prezesa powołuje i odwołuje Rada Funduszu większością ¾ głosów, na wniosek Prezesa Funduszu i ustala ich wynagrodzenie, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Wniosek dotyczący powołania Zastępców Prezesa, Prezes Funduszu przedstawia Radzie Funduszu po uzgodnieniu z:
1) ministrem właściwym do spraw zdrowia - w przypadku Zastępcy Prezesa do spraw medycznych;
2) ministrem właściwym do spraw finansów publicznych - w przypadku Zastępcy Prezesa do spraw finansowych;
3) Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych - w przypadku Zastępcy Prezesa do spraw służb mundurowych.

5. Zarząd kieruje działalnością Funduszu w zakresie niezastrzeżonym dla Prezesa Funduszu.

6. Do zadań Zarządu należy w szczególności:
1) bieżące zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu;
2) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;
3) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
4) sporządzanie rocznych planów finansowych Funduszu i sprawozdań finansowych oraz przedkładanie ich Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy

Emerytalnych, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;

5) sporządzanie projektu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych i sprawozdań z jego wykonania oraz przedkładanie ich, w terminie 7 dni od dnia przyjęcia przez Radę Funduszu, Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;

6) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;

7) sporządzanie projektów planu pracy Funduszu i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu i przedkładanie ich, w terminie 7 dni od dnia przyjęcia przez Radę Funduszu, Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;

8) negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie i rozliczanie oraz kontrola wykonywania;

9) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;

10) nadzorowanie działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu;

11) przekazywanie Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych uchwał Zarządu i Rady Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ich uchwalenia;

12) przygotowanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów;

13) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;

14) przedstawianie Radzie Funduszu propozycji w sprawie ustalenia i zmian systemu wynagradzania pracowników Funduszu.

7. Zarząd Funduszu może udzielić dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu i innym pracownikom Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych oraz upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych.

8. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób wynagradzania Prezesa Funduszu i Zastępców Prezesa Funduszu, uwzględniając zakres obowiązków tych organów.

Art. 45. 1. Tryb działania Zarządu Funduszu określa regulamin uchwalany przez Radę Funduszu.

2. Roczny plan finansowy Funduszu, sprawozdanie finansowe Funduszu, roczny plan pracy Funduszu, sprawozdanie z działalności Funduszu, minister właściwy do spraw zdrowia w formie komunikatu kieruje do publikacji w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski B".

3. Projekty, plany i sprawozdania, o których mowa w art. 44 ust. 6, podlegają opublikowaniu również na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia, zwanego dalej „ministerstwem" oraz na stronie internetowej Funduszu.

Art. 46. Fundusz może, w celach informacyjnych i promocyjnych, wydawać Biuletyn Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Biuletynem".

Art. 47.1. Przy oddziałach wojewódzkich Funduszu Prezes Funduszu powołuje Rady Społeczne.

2. Rada Społeczna składa się z 9 osób, spełniających wymagania określone w ust. 3, i jest powoływana na pięcioletnią kadencję, przy czym:

1) 2 członków powołuje się na wniosek właściwego sejmiku województwa;
2) 2 członków powołuje się spośród kandydatów przedstawionych przez Związek Powiatów Polskich i Związek Miast Polskich; każdy ze związków może przedstawić nie więcej niż dwóch kandydatów do poszczególnych Rad Społecznych;
3) 1 członka powołuje się na wniosek właściwej Okręgowej Rady Lekarskiej;
4) 1 członka powołuje się na wniosek właściwej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, a w przypadku, gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych delegują one wspólnego kandydata;
5) 1 członka powołuje się na wniosek Okręgowej Rady Aptekarskiej;
6) 1 członka powołuje się na wniosek Szefa Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego;
7) 1 członka powołuje się na wniosek Komendanta Wojewódzkiego Policji.

3. W skład Rady Społecznej mogą wchodzić wyłącznie osoby, które:

1) korzystają z pełni praw publicznych;
2) posiadają wyższe wykształcenie z zakresu medycyny, prawa, ekonomi, zarządzania lub finansów.

4. Do zadań Rady Społecznej należy:

1) opiniowanie wojewódzkiego planu zdrowotnego, o którym mowa w art. 102 pkt 1;
2) opiniowanie projektu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, o którym mowa w art. 107, w części odnoszącej się do danego województwa;
3) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
4) wykonywanie innych zadań określanych przez Prezesa Funduszu.

5. Przed upływem kadencji Rady Społecznej, Prezes Funduszu odwołuje jej członka w przypadku:

1) rezygnacji ze stanowiska;
2) wniosku podmiotu, na wniosek którego został powołany;
3) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
4) prawomocnego skazania za przestępstwo;
5) prawomocnego orzeczenia utraty praw publicznych.

6. W przypadku odwołania członka Rady Społecznej albo jego śmierci przed upływem kadencji, Prezes Funduszu powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy ust. 2 stosuje się odpowiednio.

7. Przepisu ust. 6 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji Rady Społecznej pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia odwołania albo śmierci poprzedniego jej członka.

8. Członkom Rady Społecznej nie przysługuje wynagrodzenie. Członkom Rady Społecznej przysługuje zwrot kosztów podróży, zakwaterowania i diety na zasadach określonych w przepisach w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności

przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej, z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb zgłaszania kandydatów na członków Rady Społecznej oraz regulamin działania Rady Społecznej uwzględniając terminy zgłaszania członków, formę zgłoszeń oraz zakres zadań Rady Społecznej.

Rozdział 5

Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 48.1. Ubezpieczeni mają**,** na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń zdrowotnych mających na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie, z wyłączeniem:

1) świadczeń, których sposób finansowania określają odrębne przepisy, w tym świadczeń służby medycyny pracy;
2) orzeczeń o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz innych orzeczeń i zaświadczeń lekarskich wydawanych na życzenie ubezpieczonego, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy określoną w przepisach o ubezpieczeniu społecznym i ubezpieczeniu społecznym rolników, kontynuowaniem nauki, w tym w placówkach, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15 i 16, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;
3) świadczeń zdrowotnych w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych, niezwiązanych z bezpośrednią przyczyną skierowania ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe;
4) świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii, innych niż określone w ustawie;
5) szczepień ochronnych, z zastrzeżeniem ust. 3;
6) ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków własnych ubezpieczonego;
7) świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa.

2. Ubezpieczony skierowany do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego ponosi odpłatność za pobyt i wyżywienie, ustaloną na podstawie odrębnych przepisów.
3. Fundusz finansuje koszty przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, o których mowa w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 6, uwzględniając świadczenia zdrowotne, które nie są konieczne dla zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i urazom, wczesnego wykrywania chorób, leczenia oraz zapobiegania niepełnosprawności i jej ograniczania.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określi, w drodze rozporządzenia, w odniesieniu do świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 7:

1) wykaz, zakres i tryb udzielania tych świadczeń;
2) tryb przekazywania środków publicznych na realizację tych świadczeń;
3) sposób ustalania ceny tych świadczeń oraz ich finansowania;
4) podmioty sprawujące ocenę ich jakości

- uwzględniając wymagania dotyczące szczególnych kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń, konieczność użycia specjalistycznej aparatury.

Art. 49.1. Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia może skierować ubezpieczonego do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju.
3. Koszty leczenia lub badań diagnostycznych ubezpieczonego poza granicami kraju:

1) wynikające z umów międzynarodowych;
2) na podstawie skierowania ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w ust. 2;
3) transportu ubezpieczonego za granicę i do kraju

- są finansowane z budżetu państwa.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób kierowania ubezpieczonego na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju i pokrywania kosztów tych świadczeń oraz kosztów transportu ubezpieczonego za granicę i do kraju, a także wzór wniosku o skierowanie na leczenie lub badanie diagnostyczne poza granicami kraju, uwzględniając zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego.

Art.50.1. Ubezpieczony, w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej opartej na dowodach naukowych i praktyki medycznej, w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje oceny technologii medycznych i leków w zakresie ich skuteczności, bezpieczeństwa i efektywności kosztowej w zakresie finansowanych lub realizowanych przez Fundusz świadczeń zdrowotnych.

Art.51.1. Fundusz realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób poprzez finansowanie działań w zakresie:

1) propagowania zachowań prozdrowotnych, w szczególności przez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
2) prowadzenia działań w zakresie profilaktycznych badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
3) prowadzenia działań profilaktycznych, w tym promocji zdrowia oraz profilaktyki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą do ukończenia 18 roku życia;

4) prowadzenia badań profilaktycznych, w tym profilaktyki stomatologicznej u kobiet w ciąży;
5) profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
6) wykonywania szczepień ochronnych;
7) wykonywania badań z zakresu medycyny sportowej u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, uprawiających sport amatorski.

2. Fundusz realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń, o których mowa w ust. 1, w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych :
1) realizowanych na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia i finansowanych z budżetu państwa;
2) realizowanych i finansowanych przez Fundusz ze środków własnych;
3) finansowanych z innych źródeł.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzeń, w odniesieniu do działań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 4, zakres świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych wraz z okresami, w których te badania są przeprowadzane, uwzględniając szczególną rolę profilaktyki.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw kultury fizycznej i sportu, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób dokonywania kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakres koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwość w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu, uwzględniając potrzebę szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą do ukończenia 18 roku życia, a także zakresu informacji przekazywanych wojewodzie o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczna opiekę nad tymi osobami, uwzględniając profilaktykę stomatologiczną i promocję zdrowia, a w szczególności profilaktykę w środowisku nauczania.

Art. 52. Ubezpieczony ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który podpisał umowę z Funduszem, na podstawie skierowania lekarza lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, z zastrzeżeniem art. 122.

Art.53.1. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń rehabilitacji leczniczej w celu zapobieżenia niepełnosprawności, jej usunięcia, ograniczenia lub złagodzenia jej skutków.

2. Fundusz zapewnia ubezpieczonemu świadczenia, o których mowa w ust. 1, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

3. W przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 1, w zakładzie rehabilitacji leczniczej, koszty wyżywienia i zakwaterowania pokrywane są na

zasadach określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej dla osób przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Art. 54.1. Ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń.
2. Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu mają prawo do bezpłatnych dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz materiałów stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz podstawowych świadczeń lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych, uwzględniając konieczność zapewnienia skuteczności leczenia.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz dodatkowych świadczeń stomatologicznych i materiałów stomatologicznych oraz rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń, uwzględniając szczególne potrzeby zdrowotne osób, o których mowa w ust. 2.

Art. 55.1. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz badań diagnostycznych niezbędnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając potrzeby zdrowotne ubezpieczonych.

Art. 56. 1. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje ubezpieczonemu na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje ubezpieczonemu także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.
3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do felczera ubezpieczenia zdrowotnego i felczera.

Art. 57.1. Ubezpieczonemu przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przeznaczonych dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy doraźnej, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.
2. Leki i wyroby medyczne zapewnia się bezpłatnie również przy udzielaniu badań diagnostycznych i zabiegów leczniczych w warunkach ambulatoryjnych, jeżeli są one konieczne do wykonania tych badań i zabiegów.

Art. 58.1. Leki podstawowe, leki uzupełniające i leki recepturowe są wydawane ubezpieczonemu na podstawie recepty w aptekach ogólnodostępnych lub aptekach zakładowych podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych:

1) za odpłatnością ryczałtową - za leki podstawowe i recepturowe;
2) za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ceny leku – za leki uzupełniające.

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

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

4. Po wniesieniu opłaty ryczałtowej mogą być wydane ubezpieczonemu z apteki ogólnodostępnej również leki nie wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzane z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy - Prawo farmaceutyczne, pod warunkiem że konieczność sprowadzenia z zagranicy potwierdzona została przez Zarząd Funduszu lub osobę upoważnioną przez Zarząd Funduszu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określa w drodze rozporządzenia:

1) wykaz leków podstawowych i uzupełniających;
2) wysokość opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe;
3) wysokość odpłatności za leki uzupełniające;
4) wykaz leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych;
5) ilość leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa oraz sposób obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego

- uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków oraz bezpieczeństwo ich stosowania, a także możliwości płatnicze Funduszu.

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

Art. 59.1. Osobom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte, leki i wyroby medyczne są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością określoną w art. 58 ust. 1 pkt 2.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

1) wykaz chorób, o których mowa w ust. 1;
2) wykaz leków i wyrobów medycznych, które ze względu na choroby określone w wykazie, o którym mowa w pkt 1, są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściowa odpłatnością

- uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków, bezpieczeństwo stosowania oraz możliwości płatnicze Funduszu.

Art. 60.1. Wprowadza się limity cen leków zawartych w wykazach, o których mowa w art. 58 ust. 5 pkt 1 oraz art. 59 ust. 2 pkt 2, posiadających tę samą nazwę międzynarodową albo różne nazwy międzynarodowe, ale podobne działanie terapeutyczne.
2. Jednakowy limit ceny leku dotyczy leków, o których mowa w ust. 1, o tej samej dawce, wielkości opakowania i postaci farmaceutycznej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Różne limity cen leków, o których mowa w ust. 1, mogą zostać ustalone w przypadku gdy jest to uwarunkowane:
1) obniżeniem ceny leku nabywanego przez pacjenta;
2) zapewnieniem ciągłych dostaw leku na rynek.

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

Art. 61. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, ustala, w drodze rozporządzenia, limity cen leków posiadających tę sama nazwę międzynarodową oraz leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, wymienionych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 58 ust. 5 pkt 1 oraz limity cen leków i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 59 ust. 2 pkt 2, uwzględniając w szczególności bezpieczeństwo ich stosowania.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, określa w drodze rozporządzenia, kryteria kwalifikacji leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, do grupy objętej wspólnym limitem ceny, biorąc pod uwagę wskazania terapeutyczne i bezpieczeństwo ich stosowania.

Art.62.1. Wytwórca lub importer leków i wyrobów medycznych, zwany dalej „wnioskodawcą", może składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o ich umieszczenie w wykazach, o których mowa w art. 58 ust. 5 pkt 1 i art. 59 ust. 2 pkt 2.
2. Wnioski, o których mowa w ust. 1, powinny zawierać w szczególności:
1) oznaczenie wnioskodawcy, jego siedzibę i adres;
2) nazwę i proponowaną cenę leku lub wyrobu medycznego;
3) wielkość realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku i deklarowanych w okresie późniejszym;
4) dzienny koszt terapii oraz średni koszt standardowej terapii;
5) uzasadnienie wniosku i proponowanej ceny.

3. Wnioski, o których mowa w ust. 1, rozpatruje Zespół do Spraw Gospodarki Lekami, działający na podstawie art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050 i z 2002 r. Nr 144, poz.1204), zwany dalej „Zespołem".

4. W przypadku nieuwzględnienia wniosku Zespół informuje o tym wnioskodawcę, wskazując uzasadnienie zajętego stanowiska. Wnioskodawca może, w terminie 14 dni od dnia otrzymania tego stanowiska, zwrócić się do ministra właściwego do spraw zdrowia o ponowne rozpatrzenie wniosku.
5. Od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 63. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia:
1) szczegółowy zakres informacji zawartych we wnioskach, o których mowa w art. 62 ust. 1;
2) sposób składania oraz tryb i terminy rozpatrywania wniosków, o których mowa w art. 62 ust. 1, uwzględniając w szczególności, że rozpatrywanie wniosku nie powinno trwać dłużej niż 90 dni, licząc od dnia jego złożenia, z tym że w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do umieszczenia danego leku i wyrobu medycznego we właściwym wykazie termin ten liczy się od dnia otrzymania uzupełnienia wniosku, oraz że w przypadku gdy procedura umieszczenia leku lub wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w art. 58 ust. 5 pkt 1 i art. 59 ust. 2 pkt 2, występuje łącznie z rozpatrywaniem informacji lub wniosku o ustalenie ceny urzędowej, łączny termin nie może przekroczyć 180 dni, licząc od dnia otrzymania kompletnych informacji.

Art. 64.1. Ubezpieczonemu, który posiada tytuł Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza albo felczera niebędącego lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania recept.
2. Osoba uprawniona okazuje legitymację Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi wydaną przez jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi. Osoba realizująca recepty jest obowiązana do okazania dokumentu osoby uprawnionej potwierdzającego jej uprawnienie.

Art. 65.1. Inwalidom wojennym, ich współmałżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych pobierającym rentę rodzinną oraz osobom, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolem „Rp" i wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Receptę dla osób, o których mowa w ust. 1, może wystawić lekarz albo felczer, o którym mowa w art. 64 ust. 1.
3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę, dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie. Osoba realizująca recepty jest obowiązana okazania dokumentu osoby uprawnionej potwierdzającego jego uprawnienie.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określa, w drodze rozporządzenia, wzór recepty, o której mowa w ust. 2, rodzaj i numer dokumentu

uprawniającego, sposób zaopatrywania, przechowywania i rozliczania recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji.

Art. 66. 1. Osobom:

1) które są inwalidami wojskowymi;
2) które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy, o której mowa w art. 5 pkt 5, i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów;
3) pozostałym osobom wymienionym w art. 42 i 59 ustawy, o której mowa w art. 5 pkt 5

- przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.

2. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi lub felczerowi wypisującemu receptę dokumentu potwierdzającego uprawnienie.

3. Bezpłatne zaopatrzenie w leki osób, o których mowa w ust. 1, przysługuje do wysokości limitu, o którym mowa w art. 60 ust. 1.

Art. 67. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określa, w drodze rozporządzenia, wzór recept uprawniających do nabycia leku lub materiału medycznego, bezpłatnie lub za częściową odpłatnością, sposób zaopatrywania w druki recept, ich przechowywania, sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji.

Art. 68. 1. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługuje ubezpieczonym na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Inwalidom wojennym i wojskowym przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego do wysokości limitu ceny, o którym mowa w ust. 5.

3. Udział Funduszu w cenie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% limitu określonego na podstawie ust. 5 dla przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego albo ceny nabycia przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego, jeżeli limit ceny nie został ustalony.

4. Limit ceny określony dla naprawy przedmiotu ortopedycznego może być wykorzystany przez ubezpieczonego dla dokonania naprawy użytkowanego przedmiotu ortopedycznego w okresie używalności ustalonym dla danego przedmiotu ortopedycznego.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, może wprowadzić, w drodze rozporządzenia, limit cen dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach - w zakresie którego Fundusz finansuje to świadczenie, oraz limit cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych uwzględniając dobro ubezpieczonego oraz możliwości płatnicze Funduszu.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, wysokość udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, kryteria ich przyznawania, okresy użytkowania,

a także przedmioty ortopedyczne podlegające naprawie w zależności od wskazań medycznych.

Art. 69.1. Leczenie uzdrowiskowe przysługuje ubezpieczonemu na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, wymaga potwierdzenia przez właściwy ze względu na miejsce zamieszkania oddział wojewódzki Funduszu.
3. Ubezpieczony ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego oraz częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym, z zastrzeżeniem ust. 4. Fundusz pokrywa, do wysokości określonej w umowie z sanatorium uzdrowiskowym, różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego oraz koszty, o których mowa w ust. 4.
4. Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej - do ukończenia 26 lat, osoby niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej, nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w prewentorium uzdrowiskowym i sanatorium uzdrowiskowym.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu określi, w drodze rozporządzenia, sposób i warunki wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz tryb potwierdzania tego skierowania przez Fundusz, uwzględniając konieczność weryfikacji celowości skierowania na leczenie uzdrowiskowe.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu określi, w drodze rozporządzenia, wysokość częściowej odpłatności ubezpieczonego za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym, uwzględniając sezonowość i standard usług.

Art. 70.1. Ubezpieczonemu, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego przysługują bezpłatne przejazdy środkiem transportu sanitarnego do najbliższego zakładu udzielającego świadczeń w tym zakresie i z powrotem w przypadkach:
1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej;
2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

2. Ubezpieczonemu na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia do najbliższego zakładu udzielającego świadczeń w tym zakresie i z powrotem.
3. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, ubezpieczonemu przysługuje przejazd środkiem transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz grup jednostek chorobowych, stopnie niesprawności oraz wysokość udziału własnego ubezpieczonego, w przypadkach określonych w ust. 3, w zależności od wskazań medycznych.

Art. 71.1. Ubezpieczony ubiegający się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązany przedstawić kartę ubezpieczenia zdrowotnego.
2. W przypadku:
1) nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia;
2) stanu zagrożenia życia;
3) porodu

- karta może zostać przedstawiona w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia, o ile chory nadal przebywa w szpitalu.
3. Jeżeli przedstawienie karty ubezpieczenia zdrowotnego w terminie określonym w ust. 2 nie jest możliwe, karta ubezpieczenia może być przedstawiona w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. W razie nieprzedstawienia karty ubezpieczenia zdrowotnego w terminach, o których mowa w ust. 2 i 3, lub w przypadku, gdy ubezpieczony nie opłacił składki na ubezpieczenie zdrowotne przez okres dłuższy niż miesiąc, świadczenie zostaje udzielone na koszt ubezpieczonego, z wyjątkiem nagłych zachorowań związanych z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanów zagrożenia życia lub porodu.
5. W razie nieodprowadzenia składki za ubezpieczonego przez zobowiązanego płatnika, przez okres dłuższy niż miesiąc, Fundusz obciąża tego płatnika kosztami świadczeń udzielonych ubezpieczonemu.
6. Późniejsze niż przewidziane w ust. 2 i 3 przedstawienie karty ubezpieczenia zdrowotnego nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów, o których mowa w ust. 4 i 5, albo ich zwrotu.
7. Opłacenie zaległych składek wraz z odsetkami nie zwalnia z obowiązku pokrycia kosztów udzielonego świadczenia zdrowotnego.
8. Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 4 i 5 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia, w którym stały się wymagalne.
9. Przepisów ust. 1-4 nie stosuje się do świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom od dnia urodzenia do ukończenia 3 miesiąca życia.

Rozdział 6

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Art. 72.1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą.
2. Poza umową świadczenia zdrowotne finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie.
3. Suma kwot zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w Krajowym Planie Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych oraz planie finansowym Funduszu.

Art.73.1. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych są jawne.
2. Fundusz realizuje zasadę jawności umów poprzez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem rodzaju, ilości i

ceny zakupionych świadczeń oraz maksymalnej kwoty zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikające ze wszystkich zawartych umów.

Art.74. Wzory umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych określa Zarząd Funduszu po uzyskaniu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Art.75. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych określa w szczególności:
1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń;
2) warunki i zasady udzielania świadczeń;
3) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
4) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
5) zasady kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń oraz realizacji umów;
6) zasady rozpatrywania kwestii spornych, zażaleń, przeprowadzania i dokumentowania postępowania kontrolnego oraz wydawania wniosków pokontrolnych.

Art. 76. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, sposób prowadzenia dokumentacji przez świadczeniodawców na potrzeby realizacji ubezpieczenia zdrowotnego i jej udostępniania Funduszowi, uwzględniając kompleksowość dokumentacji i ochronę danych osobowych.

Art. 77. 1. Przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych stosuje się art. 17 ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 664 i Nr 113, poz. 984).

Art.78.1. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w ustawie.
2. Fundusz nie może zawrzeć umowy o udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z lekarzem, pielęgniarką, inną osobą wykonującą zawód medyczny, lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń zdrowotnych u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Funduszem.

Art. 79.1. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:
1) konkursu ofert, albo
2) rokowań.
2. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z zasadami określonymi na podstawie ust. 4. W celu przeprowadzenia rokowań oprócz zamieszczenia ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenie. Ogłoszenie o rokowaniach ma charakter uproszczony.

3. Ogłoszenie zawiera w szczególności rodzaj świadczenia, wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie lub europejskich aprobat technicznych oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej.
4. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy Fundusz powołuje komisję. Tryb pracy komisji w drodze regulaminu określa Rada Funduszu.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określi, w drodze rozporządzenia, sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, zapraszania do udziału w rokowaniach, powoływania i odwoływania komisji, składania ofert, postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zadania komisji, uwzględniając równe traktowanie świadczeniodawców oraz uczciwą konkurencję.

Art. 80.1. Podstawowym trybem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych jest konkurs ofert.
2. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.
3. W części jawnej konkursu ofert komisja w obecności oferentów:
   1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz liczbę złożonych ofert;
   2) otwiera koperty lub paczki z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki, o których mowa w art. 88;
   3) przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.
4. W części niejawnej konkursu ofert komisja może:
   1) wybrać najkorzystniejszą ofertę;
   2) dokonać wyboru większej liczby ofert, jeżeli wykonywanie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert przez jednego oferenta jest niemożliwe lub utrudnione;
   3) oddalić wszystkie oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego wykonywania świadczeń zdrowotnych.
5. Komisja może, jeśli zostało to przewidziane w ogłoszeniu, wybrać kilka ofert w celu wykonania całości zadania.
6. Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:
   1) ilości planowanych do udzielenia świadczeń zdrowotnych;
   2) ceny za udzielane świadczenia zdrowotne.
7. Negocjacje przeprowadza się z oferentami, którzy złożyli najkorzystniejsze oferty.
8. Komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami - o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.

Art. 81. 1. Fundusz może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie rokowań wyłącznie w przypadkach określonych w ustawie.
2. Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie rokowań wymaga zgody Rady Funduszu jeżeli wartość przedmiotu umowy przekracza równowartość w złotych 200 000 euro.

Art.82. 1. Rokowania jest to tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w którym Fundusz prowadzi postępowanie w sprawie ustalenia ceny i ilości świadczeń zdrowotnych z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty oraz sprawny przebieg postępowania, nie mniejszą jednak niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń zdrowotnych lub ograniczoną dostępność do świadczeń jest mniej świadczeniodawców mogących ich udzielać.
2. Rokowania składają się części jawnej i niejawnej.
3. Do części jawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 80 ust. 3.
4. Do części niejawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 80 ust. 6.

Art.83. Postępowanie w trybie rokowań może być przeprowadzone, jeżeli:
1) uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych są takie same jak w konkursie ofert, lub
2) zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której wcześniej nie można było przewidzieć, lub
3) jest tylko jeden świadczeniodawca mogący udzielać świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art.84. W przypadku, o którym mowa w art. 83 pkt 1, Fundusz zaprasza do udziału w rokowaniach oferentów:
1) którzy złożyli najkorzystniejsze oferty w unieważnionym konkursie ofert;
2) których oferty nie zostały odrzucone w unieważnionym konkursie ofert.

Art. 85. 1. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z rokowaniami, udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.
2. Po przeprowadzeniu rokowań strony zawierają umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem art. 96 ust. 2.

Art. 86. Fundusz obowiązany jest do traktowania na równych prawach wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Art. 87. Zarząd Funduszu określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art.88.1. Kryteria oceny spełniania warunków wymaganych od świadczeniodawców nie podlegają zmianie w toku postępowania.
2.Świadczeniodawcy obowiązani są wykazać, że spełniają wymagane warunki, w terminie określonym przez Fundusz.
3. Kryteria oceny oraz warunki, o których mowa w ust. 1, określa Zarząd Funduszu, podając je w ogłoszeniu.

Art. 89.1. Ofertę odrzuca się:
1) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;
2) gdy dostarczone przez świadczeniodawcę informacje są nieprawdziwe;
3) gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów;
4) gdy świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej ilości lub ceny świadczeń zdrowotnych.

2.W przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 1, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem, jeżeli jest to możliwe.

3. W przypadku określonym w ust. 1 pkt 3 oraz gdy oferta zawiera braki formalne inne niż określone w ust. 1 pkt 1, 2 lub 4 komisja może zobowiązać oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Art. 90.1. Zarząd Funduszu, na wniosek komisji, unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdy:
1) nie wpłynęła żadna oferta;
2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
3) oddalono wszystkie oferty;
4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych;
5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności, powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

Art. 91. Fundusz nie może ujawnić:
1) informacji, które stanowią:
   a) tajemnicę państwową,
   b) tajemnicę handlową oferentów;
2) informacji związanych z przebiegiem badania, oceny i porównywania treści złożonych ofert, z wyjątkiem informacji zamieszczonych w protokole.

Art. 92. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmuje w szczególności ocenę:
1) kompleksowości oferowanych świadczeń zdrowotnych obejmującej ich zakres merytoryczny, kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne oraz stopnia zapewnienia ubezpieczonemu ciągłości dostępu do świadczeń zdrowotnych, w szczególności diagnostyki i terapii;
2) jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w oparciu o wewnętrzną oraz zewnętrzną ocenę, potwierdzoną certyfikatem jakości lub akredytacją;
3) ceny oferowanych świadczeń zdrowotnych.

Art. 93.1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.

2. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert.
3. O rozstrzygnięciu rokowań ogłasza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
4. Ogłoszenie zawierające nazwę (firmę) lub imię i nazwisko, siedzibę i adres świadczeniodawcy, który został wybrany, niezwłocznie zamieszcza się na tablicy informacyjnej oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
5. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.
6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego jest obowiązany kierować do publikacji w Dzienniku Urzędowym Wspólnot Europejskich ogłoszenia o wynikach rozstrzygniętych postępowań.

Art. 94.1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 95 i 96.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
1) wybór trybu postępowania;
2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 95.1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 2 dni od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu, postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 2 dni od dnia jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.
4. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
5. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

Art.96.1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może złożyć do Funduszu odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
2. Wniesione odwołanie wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia.
3. Prezes Funduszu lub osoba przez niego upoważniona rozpoznaje i rozstrzyga odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu odwołanie.

4. Informację o wniesieniu odwołania i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
5. W przypadku uwzględnienia odwołania przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Do ponownie przeprowadzanego postępowania stosuje się odpowiednio również art. 83 pkt 1 oraz art. 84 pkt 2 i nie stosuje się art. 84 pkt 1.
6. Świadczeniodawcy, którego odwołanie nie zostało uwzględnione przysługuje skarga do Sądu Okręgowego w Warszawie.
7. Od wyroku sądu nie przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego.

Art. 97.1. Do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.
2. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych jest nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie lub jeżeli zawarto ją w wyniku postępowania, które zostało unieważnienione.
3. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych jest nieważna w części wykraczającej poza przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 87.

Art. 98.1. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie mogą być zawierane na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga wcześniejszej zgody Rady Funduszu.
2. W przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na okres dłuższy niż rok, świadczeniodawca przez okres obowiązywania umowy nie może ubiegać się o zawarcie nowej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym samym zakresie i dotyczącej tego samego przedmiotu. Nie dotyczy to przypadku, gdy spełnione są przesłanki do zawarcia umowy określone w art. 83 pkt 2 lub 3.

Art. 99. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych wymagają pod rygorem nieważności zachowania formy pisemnej.

Art. 100. Nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli ma dotyczyć warunków, które podlegały ocenie przy wyborze najkorzystniejszej oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Art. 101. Do zmiany umowy nie stosuje się przepisów o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

III. Rozdział 7

Zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych

IV. **Art.102.** W celu określenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych oraz warunków należytego zabezpieczenia tych potrzeb tworzy się:

1) plany zdrowotne województwa, zwane dalej „wojewódzkimi planami zdrowotnymi", które stanowią wytyczne dla wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych;
2) plan zdrowotny dla służb mundurowych, który stanowi wytyczne dla planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych.

Art. 103. 1. Projekt wojewódzkiego planu zdrowotnego opracowuje zarząd województwa, a zatwierdza sejmik województwa w drodze uchwały.
2. Projekt planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowywany jest wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
3. Plany, o których mowa w ust. 1 i 2, określają najważniejsze krótkoterminowe i długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągania.
4. W wojewódzkim planie zdrowotnym, na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej obywateli i jej uwarunkowań, ustala się priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych.
5. W planie zdrowotnym dla służb mundurowych, Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej ubezpieczonych wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 2-11 i członków ich rodzin, oraz jej uwarunkowań, wspólnie ustalają priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych.
6. Wojewoda jest obowiązany do przekazywania zarządowi województwa gromadzonych danych epidemiologicznych i statystycznych niezbędnych do przygotowania wojewódzkiego planu zdrowotnego.
7. Przy opracowaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego zarząd województwa może zasięgać opinii wojewody, organów powiatów i samorządów zawodów medycznych.

Art.104. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych oraz zakres danych niezbędnych do przygotowania wojewódzkiego planu zdrowotnego i planu zdrowotnego dla służb mundurowych, uwzględniając w szczególności zapewnienie ubezpieczonym całodobowego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz tworzenie warunków do życia w środowisku sprzyjającym zdrowiu.

Art. 105.1. Wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych opracowywane i uchwalane są na co najmniej następny rok, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.

2. Plany zdrowotne, o których mowa w ust. 1, mogą uwzględniać długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągnięcia na 4 kolejne lata.
3. W przypadku opracowania czteroletniego planu zdrowotnego, podlega on corocznej aktualizacji. Do aktualizacji planu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy o tworzeniu i zmianie planu zdrowotnego, o których mowa w niniejszym rozdziale.
4. Sejmik województwa przekazuje uchwalony wojewódzki plan zdrowotny do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu do dnia **15 kwietnia** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
5. Przygotowany i wspólnie przyjęty plan zdrowotny dla służb mundurowych Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych przekazują do centrali Funduszu do dnia **15 kwietnia** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

Art.106.1. Właściwy wojewódzki oddział Funduszu opiniuje wojewódzki plan zdrowotny pod względem zabezpieczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych i ciągłości ich udzielania dla ubezpieczonych.
2. Wojewódzki oddział Funduszu na podstawie przedłożonego wojewódzkiego planu zdrowotnego oraz analizy informacji statystycznych z realizacji świadczeń zdrowotnych na terenie danego województwa w latach poprzednich, przygotowuje projekt wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych zwanego dalej „wojewódzkim planem zabezpieczenia".
3. Komórka organizacyjna centrali Funduszu, o której mowa w art. 39 ust.5 na podstawie przedłożonego planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowuje projekt planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych, zwanego dalej „ planem zabezpieczenia dla służb mundurowych".
4. Plany, o których mowa w ust. 2 i 3, określają w szczególności liczbę i zakres świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi oraz w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych.
5. Plan zabezpieczenia, wraz z zaopiniowanym planem zdrowotnym, właściwy oddział wojewódzki Funduszu przekazuje najpóźniej do dnia **15 maja** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan, do centrali Funduszu.
6. W przypadku stwierdzenia, że plan zdrowotny nie gwarantuje zabezpieczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych i ciągłości ich udzielania, w opinii, o której mowa w ust. 1, właściwy oddział wojewódzki Funduszu zamieszcza propozycje zmian.
7. Jeżeli sejmik województwa nie przedstawi właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu wojewódzkiego planu zdrowotnego w terminie określonym w art. 105 ust. 4, plan ten oraz wojewódzki plan zabezpieczenia przygotowuje, we współpracy z wojewodą, właściwy oddział wojewódzki Funduszu i przekazuje go bezpośrednio do centrali Funduszu w terminie do dnia **15 maja** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
8. W przypadku gdy Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości lub minister właściwy do spraw wewnętrznych nie przekażą do Funduszu planu, o którym mowa w art. 103 ust. 2, w terminie, o którym mowa w ust. 7, plan ten przygotowuje Zarząd Funduszu.

Art.107.1. Zarząd Funduszu na podstawie wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych oraz wojewódzkich planów zabezpieczenia i planu zabezpieczenia dla służb mundurowych opracowuje projekt Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, zwanego dalej „krajowym planem", uwzględniając opinie, uwagi i propozycje oddziałów wojewódzkich Funduszu.
2. Krajowy plan opracowywany jest na rok.
3. Projekt krajowego planu określa w szczególności liczbę oraz zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu.
4. Zarząd Funduszu przedstawia projekt krajowego planu Radzie Funduszu w terminie do dnia **15 czerwca roku** poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
5. Rada Funduszu przyjmuje projekt krajowego planu do dnia **30 czerwca** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
6. Przyjęty przez Radę Funduszu projekt krajowego planu przekazywany jest w ciągu 7 dni:

1) w części odnoszącej się do danego województwa - do właściwego sejmiku województwa i wojewody;
2) w zakresie planu zabezpieczenia dla służb mundurowych – do właściwych ministrów.

7. Rada Funduszu wraz z projektem krajowego planu przedkłada ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych oraz opinie i propozycje zmian do tych planów zgłoszone przez oddziały wojewódzkie Funduszu oraz komórkę organizacyjną wymienioną w art. 39 ust.5.
8. Sejmik województwa, za pośrednictwem właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, może przedstawić opinie do przedłożonej mu części projektu krajowego planu w terminie do dnia **21 lipca** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
9. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych mogą przedstawić Zarządowi Funduszu opinie do przedłożonego im projektu krajowego planu w terminie do dnia **21 lipca** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
10. Oddziały wojewódzkie Funduszu przekazują niezwłocznie do Zarządu Funduszu zgłoszone opinie do projektu krajowego planu.
11. Minister właściwy do spraw zdrowia, może wnieść uwagi do projektu krajowego planu w terminie do dnia **21 lipca** poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

Art.108.1. Zarząd Funduszu po rozpatrzeniu zgłoszonych opinii i uwag przedstawia projekt krajowego planu Radzie Funduszu w terminie do dnia **10 sierpnia** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
2. Rada Funduszu rozpatruje i przyjmuje krajowy plan w terminie do dnia **31 sierpnia** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza krajowy plan w terminie do dnia **15 września** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan**.**
4. Zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia krajowy plan, Zarząd Funduszu, przesyła niezwłocznie do właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w celu jego realizacji, oraz do wiadomości właściwego zarządu województwa, wojewody, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Art. 109.1. W krajowym planie określa się prognozowane środki przeznaczone na finansowanie świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych w kraju oraz maksymalne ceny za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych.
2. Przy ustalaniu krajowego planu Fundusz jest obowiązany do przestrzegania:
1) zasady zrównoważenia kosztów z przychodami;
2) wymagań wynikających z aktualnej wiedzy i praktyki medycznej niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych.

Art.110.1. Krajowy plan tworzy się w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu uwzględniając możliwe do zabezpieczenia potrzeby zdrowotne ubezpieczonych.
2. Realizacja krajowego planu następuje w drodze zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami przez oddziały Funduszu.
3. Oddziały wojewódzkie Funduszu zawierają umowy zgodnie z postanowieniami krajowego planu.

Art.111. 1. Fundusz może dokonać zmiany krajowego planu w trakcie roku, którego ten plan dotyczy, w przypadku gdy:
1) jest to uzasadnione potrzebami zdrowotnymi osób ubezpieczonych, których nie można było przewidzieć w chwili przyjmowania i zatwierdzania planu;
2) w związku z innymi niż prognozowano wpływami do Funduszu.
2. Każda zmiana krajowego planu musi odpowiadać zasadom określonym w art. 109 ust. 2.

Art.112.1. Zmiany krajowego planu dokonuje Rada Funduszu na wniosek złożony za pośrednictwem Zarządu Funduszu.
2. Uprawnionymi do wystąpienia z wnioskiem o zmianę krajowego planu są:
1) minister właściwy do spraw zdrowia;
2) w zakresie ich dotyczącym:
a) na wspólny wniosek Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych,
b) sejmik województwa,
c) oddziały wojewódzkie Funduszu.
3. Zmiana krajowego planu wymaga zatwierdzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Nie dotyczy to przypadku, gdy krajowy plan został zmieniony na skutek uwzględnienia w całości wniosku ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art.113.1. Minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie analizy długo-okresowych trendów epidemiologicznych, wskaźników zdrowotnych, zmian czynników mających wpływ na stan zdrowotny obywateli oraz wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowuje wieloletni Narodowy Plan Zdrowotny, zwany dalej „Narodowym Planem", w którym określa priorytetowe cele polityki zdrowotnej oraz wytyczne do ich osiągnięcia.
2. Narodowy Plan opracowywany jest na co najmniej 4 lata i zawiera również, opracowane na podstawie wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego

dla służb mundurowych, szczegółowe wytyczne na temat priorytetowych celów polityki zdrowotnej oraz wytyczne ich osiągnięcia na najbliższy rok kalendarzowy.
3. Narodowy Plan powinien uwzględniać rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia oraz priorytety zdrowotne określone przez Radę Ministrów.
4. Narodowy Plan aktualizowany jest każdego roku w oparciu o wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych.
5.Minister właściwy do spraw zdrowia przygotowuje Narodowy Plan w terminie do dnia **30 września** roku poprzedzającego pierwszy rok obejmowany tym planem.

Art.114. Narodowy Plan i jego zmiany publikuje się w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski".

Rozdział 8

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych

Art. 115.1. Ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż raz na 6 miesięcy.
2. Wybór lekarza podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza oświadczenie woli ubezpieczonego złożone w formie deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „deklaracją wyboru".
3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2, składane jest na formularzu Funduszu.
4. Na świadczeniodawcy udzielającym świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej spoczywa obowiązek każdorazowego sprawdzenia poprawności wypełnienia deklaracji wyboru. Świadczeniodawca udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przed przyjęciem deklaracji wyboru sprawdza uprawnienia pacjenta do korzystania ze świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie.
5. Wypełnione deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie zapewniając ich dostępność ubezpieczonym, którzy je złożyli, z zachowaniem wymogów wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, Nr 153, 1271).
6. Jeżeli ubezpieczony zmienia wybranego przez siebie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bez zgody Funduszu przed upływem 6 miesięcy od dokonania wyboru, wnosi zryczałtowaną opłatę rejestracyjną do Funduszu w wysokości 2,5% przeciętnego wynagrodzenia.

Art.116.1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do podejmowania wszelkich działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, a w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
2. W ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia ubezpieczonym dostęp do badań diagnostycznych oraz dziennej i nocnej pomocy wyjazdowej zgodnie z zakresem swoich kompetencji.
3. Świadczenia zdrowotne znajdujące się w kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są przez świadczeniodawcę lub też na podstawie odpowiednich porozumień przez innych świadczeniodawców.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określi, w drodze rozporządzenia, zakres kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń.

Art. 117.1. Zalecaną maksymalną liczbę ubezpieczonych w podstawowej opiece zdrowotnej dla świadczeniodawcy udzielającego świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej ustala się w krajowym planie.
2. W uzasadnionych przypadkach, uwzględniając konieczność zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych, Zarząd Funduszu może, na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, po uzyskaniu opinii właściwego sejmiku województwa, ustalić maksymalną liczbę ubezpieczonych podstawowej opieki zdrowotnej indywidualnie.

Art.118. Świadczeniodawca udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej może kierować pacjentów na badania diagnostyczne i leczenie specjalistyczne do świadczeniodawców, którzy zawarli z Funduszem umowę o udzielanie tych świadczeń zdrowotnych.

Art.119. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej są udzielane w ramach porad specjalistycznych.

Art.120. Ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego porad specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z Funduszem.

Art.121. 1. Ambulatoryjne specjalistyczne świadczenie zdrowotne udzielone ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli jest ono wymagane, opłaca ubezpieczony.
2. Skierowania nie sąą wymagane do świadczeń:

1) ginekologa i położnika;
2) stomatologa;
3) dermatologa;
4) wenerologa;
5) onkologa;
6) okulisty;
7) psychiatry;
8) dla osób chorych na gruźlicę;
9) dla osób zakażonych wirusem HIV;
10) dla inwalidów wojennych;
11) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych - w zakresie lecznictwa odwykowego.

Art.122. W stanach bezpośredniego zagrożenia życia lub porodu świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

V. **Art. 123. 1.** Leki i wyroby medyczne są wydawane ubezpieczonym w aptece na zasadach określonych w ustawie.

2. Apteka ma obowiązek w szczególności:
1) zapewnić dostępność leków i wyrobów medycznych objętych wykazami leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 58, oraz leków i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 59;
2) udostępniać do kontroli przez Fundusz lub na jego zlecenie przez organy nadzoru farmaceutycznego dokumentację, którą apteka jest obowiązana prowadzić na podstawie odrębnych przepisów;
3) przekazywać Funduszowi informacje zawarte w treści poszczególnych zrealizowanych recept na refundowane leki i wyroby medyczne.

Art.124. 1. Apteka po przedstawieniu Funduszowi zestawień, o których mowa w ust. 5 pkt 2, otrzymuje refundację ceny leku lub wyrobu medycznego wydawanego ubezpieczonym bezpłatnie lub za częściową odpłatnością.
2. Refundacja, o której mowa w ust. 1, nie może przekraczać ustalonego limitu ceny, z zastrzeżeniem art. 65 i 66 ust. 1, i dokonywana jest przez Fundusz na zasadach, o których mowa w ust. 3-5.
3. Po przeanalizowaniu przedstawionych przez aptekę zestawień zbiorczych recept, nie później niż 15 dni od otrzymania zestawienia, Fundusz dokonuje refundacji, o której mowa w ust. 1.
4. W przypadku przekroczenia przez Fundusz terminu, o którym mowa w ust. 3, aptece przysługują odsetki ustawowe.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:
1) sposób przedstawiania przez apteki Funduszowi zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji;
2) wzór zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji
- uwzględniając terminy przedstawiania zestawień i warunki ich przedstawiania.

Art. 125. W przypadku nieprzekazania lub przekazania niezgodnie z ustawą danych, o których mowa art. 123 ust. 2 pkt 3, oraz danych określonych zgodnie z art. 143, termin, o którym mowa w art. 124 ust. 3, może zostać przedłużony do czasu przekazania przez aptekę kompletnych danych.

Art. 126.1. Ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza stomatologa spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Ubezpieczony ma prawo wyboru pielęgniarki, położnej i innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem.

Art. 127.1. Fundusz przeprowadza kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń, a w szczególności kontrolę:
1) sposobu korzystania ze świadczeń przez ubezpieczonych, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania;
2) stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami;

3) sposobu korzystania ze świadczeń specjalistycznych i stosowanych technologii medycznych;
4) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji;
5) zasad wystawiania recept.

2. Kontrole dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych mogą być przeprowadzane tylko przez upoważnionych pracowników Funduszu posiadających wykształcenie medyczne.

3. Kontrolę jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych Fundusz może zlecić, w razie potrzeby, konsultantowi wojewódzkiemu z właściwej dziedziny medycyny lub innej osobie posiadającej wykształcenie medyczne z właściwej dziedziny medycyny.

4. Do kontroli, o której mowa ust. 1, stosuje się odpowiednio art. 162 ust. 2-5 oraz art. 163-176.

5. Podmiot kontrolowany stosuje się do zaleceń zawartych w wystąpieniu pokontrolnym.

Rozdział 9

Gospodarka finansowa Funduszu

Art. 128. Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

Art. 129. Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi.

Art. 130. 1. Tworzy się fundusz podstawowy i fundusz zapasowy Funduszu.

2. Fundusz zapasowy zwiększa się o zatwierdzony zysk netto za rok obrotowy.

3. Fundusz zapasowy zmniejsza się o zatwierdzoną stratę netto za rok obrotowy.

Art. 131.1. Przychodami Funduszu są:
1) należne składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego;
2) dochody z lokat i papierów wartościowych emitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa;
3) odsetki od nieopłaconych w terminie składek;
4) darowizny i zapisy;
5) środki na zadania zlecone;
6) środki uzyskane z roszczeń regresowych;
7) inne przychody.

2. Przychody Funduszu są przeznaczone na finansowanie kosztów, o których mowa w art. 132, oraz środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych służących realizacji zadań zawartych w ustawie lub statucie.

Art. 132. Kosztami Funduszu są:
1) koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych;

2) koszty refundacji leków;
3) koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty utrzymania nieruchomości, amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, wynagrodzenia wraz z pochodnymi, diety i zwroty kosztów podróży;
4) koszty poboru i ewidencji składek;
5) odszkodowania;
6) koszty zadań zleconych;
7) inne koszty.

Art. 133. Fundusz jest obowiązany lokować swoje środki, na rachunkach bankowych w bankach, których kapitał własny wynosi co najmniej 100.000.000 zł, w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa i rentowności, przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków.

Art. 134.1. Wysokość przychodów i kosztów Funduszu na dany rok określa się w planie finansowym Funduszu.
2. W planie finansowym Funduszu uwzględnia się krajowy plan.

Art. 135. Wysokość środków na koszty administracyjne Funduszu określa corocznie Rada Funduszu w planie finansowym.

Art. 136. 1. Fundusz sporządza na każdy rok plan finansowy zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.
2. W planowanych kosztach uwzględnia się rezerwę ogólną w wysokości 1% planowanych należnych przychodów ze składek z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Rezerwy ogólnej, o której mowa w ust. 2, nie uwzględnia się po osiągnięciu przez fundusz zapasowy wysokości 4% planowanych należnych przychodów ze składek z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 137.1. Zarząd Funduszu przedstawia projekt planu finansowego Radzie Funduszu w terminie do **10 sierpnia** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan**.**
2. Rada Funduszu uchwala plan finansowy nie później niż do **31 sierpnia** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych zatwierdza plan finansowy w terminie do **15 września** roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan**.**
4. W przypadku niezatwierdzenia uchwały dotyczącej planu finansowego, jeżeli nieprawidłowości uchwały nie zostaną w wyznaczonym terminie usunięte przez organ uchwałodawczy oraz w przypadku nieuchwalenia planu finansowego na rok następny do dnia **31 sierpnia** minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych ustala plan finansowy w całości lub w części.
5. Zatwierdzony plan finansowy Zarząd Funduszu przesyła niezwłocznie do oddziałów wojewódzkich Funduszu w celu jego realizacji.

Art. 138.1. Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznacza się na:

1) pokrycie strat z lat ubiegłych, lub
2) fundusz zapasowy Funduszu.

2. O przeznaczeniu zysku decyduje Rada Funduszu w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych.

Art. 139.1. Fundusz w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, sporządza coroczną prognozę przychodów i kosztów na kolejne 3 lata.

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego organy administracji rządowej oraz jednostek samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy, oraz inne instytucje udzielają nieodpłatnie Funduszowi informacji koniecznych do sporządzenia prognoz, o których mowa w ust. 1. Fundusz przesyła prognozy ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych niezwłocznie po ich sporządzeniu.

Art. 140. Fundusz przeprowadza coroczne badanie sprawozdania finansowego przez biegłych rewidentów oraz prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694), z wyłączeniem art. 80 ust. 3.

Rozdział 10

Przetwarzanie i ochrona danych

Art. 141. 1. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób ubezpieczonych w celu:

1) stwierdzenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;
3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;
4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
5) rozliczenia ze świadczeniodawcami;
6) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Funduszu;
7) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;
8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne.

2. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, Fundusz ma prawo przetwarzania następujących danych osobowych:

1) nazwisko i imię;
2) nazwisko rodowe;
3) numer identyfikacyjny PESEL;
4) numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer;
5) seria i numer dowodu osobistego lub paszportu - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
6) data urodzenia;

7) płeć;
8) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;
9) adres zamieszkania;
10) stopień niepełnosprawności, w przypadku członka rodziny;
11) rodzaj uprawnień oraz numer i datę ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 65 ust. 1 i 66 ust. 1, a także osób posiadających, na podstawie odrębnych przepisów, szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub produktów leczniczych niż wynikające z ustawy;
12) udzielone ubezpieczonemu świadczenia zdrowotne, w zakresie określonym w rozporządzeniu, o którym mowa w art. 143 ust. 1 pkt 1.

3. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych.

4. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby spośród wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 2-7 wobec których, z uwagi na konieczność zapewnienia form i metod realizacji zadań stanowiących tajemnicę państwową stosuje się odrębny tryb przetwarzania danych, o których mowa w ust. 2. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.

Art. 142.1. Apteki są obowiązane udostępniać do kontroli na żądanie Funduszu do wglądu recepty i przekazywać niezbędne dane, o których mowa w art. 143 ust. 2.

2. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem zobowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych, o których mowa w art. 143.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb udostępniania Funduszowi do kontroli recept zrealizowanych przez ubezpieczonych i związanych z tym informacji, uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

Art. 143.1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu określi, w drodze rozporządzenia:
1) zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania Funduszowi, wojewodom i sejmikom województw, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów;
2) zakres niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Funduszu oraz wzory i sposób przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdań okresowych, a także wzory i sposób przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wojewodom i sejmikom województw zbiorczych informacji dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonym

- biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki Funduszowi i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

Art. 144. Minister właściwy do spraw zdrowia gromadzi i przetwarza dane z ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie niezbędnym dla realizacji zadań wynikających z ustawy.

Art. 145. Fundusz, na żądanie ubezpieczonego, informuje go o udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych oraz ich kosztach.

Rozdział 11

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

Art. 146.1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przeprowadzają kontrolę wykonywania obowiązków płatników w zakresie zgłoszenia ubezpieczonych do Funduszu i opłacenia składki.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Funduszu, 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.
3. Do zakresu kontroli, o której mowa w ust. 1, należy kontrola rzetelności:
1) zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych tym ubezpieczeniem;
2) deklarowanych podstaw obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne, prawidłowości obliczania, opłacania i odprowadzania składki.

4. Fundusz analizuje uzyskane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane, o których mowa w ust. 3, oraz występuje z wnioskami do tych instytucji.

Art. 147. Organy władzy publicznej są obowiązane przekazywać Funduszowi informacje o stwierdzonych przypadkach naruszenia przepisów ustawy, przepisów wydanych na jej podstawie oraz przepisów odrębnych ustaw, w zakresie, w jakim dotyczą ubezpieczenia zdrowotnego, a w szczególności dotyczących zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz obliczania, rozliczania i opłacania składek.

Rozdział 12

Postępowanie w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 148.1. Do kompetencji Prezesa Funduszu należy rozpatrywanie indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się w szczególności sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń.
2. Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek, należące do właściwości organów ubezpieczenia społecznego.
3. Od decyzji Prezesa Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje odwołanie do właściwego sądu w terminach i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych.

Art. 149.1. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w art. 148, wnosi się do Prezesa Funduszu.
2. Prezes Funduszu może zmienić lub uchylić decyzję w terminie 14 dni od dnia wniesienia odwołania.
3. Jeżeli odwołanie nie zostało uwzględnione w całości, Prezes Funduszu przekazuje niezwłocznie sprawę do sądu ze szczegółowym uzasadnieniem wydanej decyzji.

Art. 150. Do postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego rolników i osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających emerytury lub renty rolnicze stosuje się przepisy o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Rozdział 13

Nadzór nad realizacją ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 151. Nadzór nad Funduszem sprawują Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, zwana dalej ,,Komisją", oraz minister właściwy do spraw zdrowia.

Art.152. 1. Komisja sprawuje nadzór nad:
1) działalnością Funduszu stosując kryterium legalności;
2) gospodarką finansową Funduszu, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.

Art.153. 1. Komisja bada uchwały podejmowane przez Zarząd i Radę Funduszu, przesyłane jej niezwłocznie przez te organy, w zakresie zgodności z prawem i stwierdza nieważność uchwały w całości lub w części, jeżeli narusza ona prawo lub stwarza zagrożenie wystąpienia ujemnego wyniku finansowego.
2. Przepisów ust. 1 nie stosuje się do uchwał dotyczących krajowego planu, o którym mowa w art. 107, oraz planu finansowego, o którym mowa w art. 137.
3. Komisja rozpatruje i zatwierdza roczne sprawozdania finansowe Funduszu.
4. W uzasadnionych przypadkach Komisja może żądać dodatkowych danych dotyczących rocznego sprawozdania finansowego.

5. W przypadku niezatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego Funduszu, Komisja może wystąpić do:

1) Prezesa Rady Ministrów - o odwołanie Prezesa Funduszu, lub
2) Rady Funduszu – o odwołanie Zastępców Prezesa Funduszu.

Art. 154. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad:

1) działalnością Funduszu w zakresie zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
2) świadczeniodawcami w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych

- stosując kryterium celowości i rzetelności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.

Art. 155.1. Komisja może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę działalności i stanu majątkowego Funduszu.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę Funduszu i świadczeniodawców.
3. Pracownicy ministerstwa wykonujący czynności nadzoru nad Funduszem nie mogą być członkami organów lub pracownikami Funduszu, świadczeniodawcami mającymi umowę z Funduszem ani pracownikami lub osobami współpracującymi z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z Funduszem o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
4. Przy przeprowadzaniu kontroli Komisja może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych, a minister właściwy do spraw zdrowia - podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz.
5. Jednostka kontrolowana obowiązany jest do przedkładania odpowiednio Komisji albo ministrowi do spraw zdrowia dokumentacji, a także udzielania wszelkich informacji w związku z zakresem kontroli.
6. Komisja oraz minister właściwy do spraw zdrowia mogą wydawać zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności kontrolowanego podmiotu do przepisów prawa.

Art. 156. **1.** Przeprowadzenie kontroli ma na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie przestrzegania przez jednostkę kontrolowaną przepisów ustawy oraz dokonanie oceny kontrolowanej działalności.
2. Pracownicy Urzędu Komisji, ministerstwa, a także podmiotów wymienionych w art. 155 ust. 4, przeprowadzają kontrolę na podstawie upoważnienia Komisji albo ministra właściwego do spraw zdrowia.
3. Upoważnienie, o którym mowa w ust. 2, określa:

1) jednostkę kontrolowaną;
2) imię i nazwisko kontrolującego;
3) stanowisko służbowe kontrolującego;
4) serię i numer dowodu tożsamości kontrolującego;
5) przedmiot kontroli i jej zakres;
6) termin rozpoczęcia kontroli;
7) przewidywany czas trwania kontroli.

4. Kontrolujący podlega wyłączeniu z kontroli, jeżeli wyniki kontroli mogą oddziaływać na jego prawa lub obowiązki, na prawa lub obowiązki jego małżonka albo osoby pozostającej z nim faktycznie we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia bądź osób związanych z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. Przepis stosuje się również po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.
5. Kontrolujący może być wyłączony z kontroli w każdym czasie, jeżeli zachodzą uzasadnione wątpliwości co do jego bezstronności.
6. Z wnioskiem o wyłączenie kontrolującego z przeprowadzenia kontroli może wystąpić kontrolujący lub kierownik jednostki kontrolowanej. O wyłączeniu lub odmowie wyłączenia decyduje odpowiednio Komisja albo minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 157. 1. Przed przystąpieniem do kontroli, kontrolujący jest obowiązany okazać kierownikowi jednostki kontrolowanej dowód tożsamości oraz upoważnienie, o którym mowa w art. 156 ust. 2.
2. Kontrolę przeprowadza się w jednostce kontrolowanej w dniach i godzinach pracy w niej obowiązujących.
3. W razie konieczności, na wniosek kontrolującego, kontrolę przeprowadza się także w dniach wolnych od pracy lub poza godzinami pracy. W tym celu kierownik jednostki kontrolowanej wydaje niezbędne polecenia.
4. Czynności kontrolne mogą być przeprowadzane również w siedzibie Urzędu Komisji albo ministerstwa.

Art. 158. 1. Kontrolujący, na co najmniej 24 godziny przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, powiadamia kierownika jednostki kontrolowanej o przedmiocie, zakresie, trybie i czasie rozpoczęcia oraz trwania kontroli.
2. Kierownik jednostki, w której jest przeprowadzana kontrola, ma obowiązek przedstawiać, na żądanie kontrolującego, wszelkie dokumenty i materiały niezbędne do przeprowadzenia kontroli oraz umożliwić kontrolującemu dokonywanie czynności, o których mowa w ust. 3.
3. Kontrolujący ma prawo do:
1) swobodnego wstępu do obiektów i pomieszczeń jednostek kontrolowanych, z zachowaniem przepisów o ochronie tajemnicy państwowej i służbowej;
2) wglądu do wszelkich dokumentów związanych z działalnością jednostki kontrolowanej i innych materiałów dowodowych, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej;
3) przeprowadzenia oględzin obiektów, składników majątkowych i przebiegu czynności;
4) żądania od pracowników jednostki kontrolowanej ustnych i pisemnych wyjaśnień;
5) korzystania z pomocy biegłych i specjalistów;
6) zabezpieczania dowodów.

Art. 159. 1. Kontrolujący jest upoważniony do swobodnego poruszania się po terenie jednostki kontrolowanej.

2. Kontrolujący podlega przepisom o bezpieczeństwie i higienie pracy oraz przepisom o postępowaniu z materiałami i dokumentami ustawowo chronionymi, obowiązującym w jednostce kontrolowanej.
3. Kierownik jednostki kontrolowanej zapewnia kontrolującemu warunki i środki niezbędne do sprawnego przeprowadzania kontroli. Dotyczy to w szczególności:
1) niezwłocznego przedstawienia kontrolującemu dokumentów i materiałów;
2) terminowego udzielania wyjaśnień przez pracowników;
3) udostępnienia urządzeń technicznych na koszt jednostki kontrolowanej.

Art. 160. 1. Kontrolujący dokonuje ustaleń stanu faktycznego na podstawie zebranych w toku kontroli dowodów.
2. Dowodami są w szczególności: dokumenty, zabezpieczone rzeczy, opinie biegłych, wyniki oględzin, jak również pisemne wyjaśnienia i oświadczenia.
3. Zebrane w toku postępowania kontrolnego dowody kontrolujący odpowiednio zabezpiecza, w miarę potrzeby, przez:
1) oddanie na przechowanie kierownikowi jednostki kontrolowanej za pokwitowaniem;
2) przechowanie w jednostce kontrolowanej w oddzielnym zamkniętym i opieczętowanym pomieszczeniu;
3) zabranie z jednostki kontrolowanej za pokwitowaniem.
4. W przypadku dokumentów, zabranie z jednostki kontrolowanej, o którym mowa w ust. 3 pkt 3, może dotyczyć wyłącznie ich uwierzytelnionych kopii, odpisów lub wyciągów.
5. O zwolnieniu dowodów spod zabezpieczenia decyduje kontrolujący.
6. Kontrolujący może żądać od kierownika jednostki kontrolowanej, na jej koszt, sporządzenia niezbędnych do kontroli odpisów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń dokonanych na podstawie dokumentów.
7. Zgodność odpisów i wyciągów z oryginałami oraz prawidłowość zestawień i obliczeń potwierdza kierownik komórki organizacyjnej, której one dotyczą.

Art. 161. 1. W razie potrzeby ustalenia stanu obiektu, innych składników majątkowych albo przebiegu określonych czynności, kontrolujący może przeprowadzić oględziny.
2. Oględziny przeprowadza się w obecności kierownika komórki organizacyjnej, odpowiedzialnego za obiekt, składniki majątkowe lub czynności poddane oględzinom, a w razie jego nieobecności - pracownika wyznaczonego przez kierownika jednostki kontrolowanej.
3. Z przebiegu i wyniku oględzin sporządza się niezwłocznie protokół, który podpisuje kontroler i osoba wymieniona w ust. 2.

Art. 162. 1. Pracownicy jednostki kontrolowanej są obowiązani udzielać, w wyznaczonym terminie, wyjaśnień ustnych lub pisemnych w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli. Z ustnych wyjaśnień kontrolujący sporządza protokół, który podpisuje kontrolujący i osoba udzielająca tych wyjaśnień.
2. Kontrolujący może zwracać się również o wyjaśnienia do byłych pracowników jednostki kontrolowanej.

3. Odmowa udzielenia wyjaśnień przez pracowników jednostki kontrolowanej może nastąpić jedynie w przypadkach, gdy wyjaśnienia mogą dotyczyć faktów i okoliczności, których ujawnienie mogłoby narazić na odpowiedzialność karną lub majątkową wezwanego do złożenia wyjaśnień, a także jego małżonka lub osobę pozostającą z nim faktycznie we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia bądź osoby związane z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. Kontrolujący, przed przyjęciem wyjaśnień, jest obowiązany poinformować składającego wyjaśnienia o prawie do odmowy ich udzielenia.
4. Każdy może złożyć kontrolującemu ustne lub pisemne oświadczenie dotyczące przedmiotu kontroli.
5. Kontrolujący nie może odmówić przyjęcia oświadczenia, jeżeli ma ono związek z przedmiotem kontroli.

Art. 163. 1. W szczególnie uzasadnionych okolicznościach kontrolujący może wnioskować o zwołanie w toku kontroli narady z pracownikami jednostki kontrolowanej w celu omówienia kwestii związanych z przeprowadzaną kontrolą.
2. Naradę zwołuje kierownik jednostki kontrolowanej.

Art. 164. Kontrolujący, w toku kontroli, w miarę potrzeby informuje kierownika jednostki kontrolowanej o ustaleniach wskazujących na ujawnione nieprawidłowości i uchybienia w działalności tej jednostki.

Art. 165. W razie ujawnienia w toku kontroli okoliczności wskazujących na popełnienie przestępstwa, kontrolujący niezwłocznie zawiadamia na piśmie odpowiednio Komisję albo ministra właściwego do spraw zdrowia. Komisja albo minister właściwy do spraw zdrowia zawiadamiają o tym organ powołany do ścigania przestępstw.

Art. 166. 1. Wyniki przeprowadzonej kontroli kontrolujący przedstawia w protokole kontroli.
2. Protokół kontroli zawiera opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli działalności jednostki kontrolowanej, w tym ustalonych nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych.
3. Ponadto protokół kontroli powinien zawierać:

1) zastrzeżenie, że służy wyłącznie do użytku służbowego;
2) nazwę jednostki kontrolowanej i jej adres oraz imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej, a w miarę potrzeby także kierowników kontrolowanych komórek organizacyjnych, z uwzględnieniem zmian w okresie objętym kontrolą;
3) datę rozpoczęcia i zakończenia kontroli, z wymienieniem przerw w kontroli;
4) imię i nazwisko kontrolującego oraz numer i datę upoważnienia do kontroli;
5) określenie przedmiotu kontroli i okresu objętego kontrolą;
6) wzmiankę o poinformowaniu kierownika jednostki kontrolowanej o prawie zgłaszania zastrzeżeń, o których mowa w art. 167 ust. 2, oraz o stanowisku zajętym wobec nich przez kontrolującego;

7) wzmiankę o poinformowaniu kierownika jednostki kontrolowanej o prawie składania wyjaśnień do protokołu, o których mowa w art. 167 ust. 2;
8) wzmiankę o poinformowaniu kierownika jednostki kontrolowanej o prawie odmowy podpisania protokołu;
9) wzmiankę o doręczeniu egzemplarza protokołu kierownikowi jednostki kontrolowanej;
10) podpisy kontrolującego i kierownika jednostki kontrolowanej oraz miejsce i datę podpisania protokołu;
11) parafy kontrolującego i kierownika jednostki kontrolowanej na każdej stronie protokołu;
12) wzmiankę o odmowie podpisania protokołu.

4. Protokół kontroli sporządza się w dwóch egzemplarzach; jeden egzemplarz protokołu otrzymuje kierownik jednostki kontrolowanej.

Art. 167. 1. Protokół kontroli podpisują kontrolujący i kierownik jednostki kontrolowanej, a w razie jego nieobecności osoba pełniąca jego obowiązki.
2. Kierownikowi jednostki kontrolowanej lub osobie pełniącej jego obowiązki przysługuje prawo zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, umotywowanych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w protokole.
3. Zastrzeżenia należy zgłosić na piśmie w terminie 7 dni roboczych od dnia otrzymania protokołu kontroli.
4. W razie zgłoszenia zastrzeżeń, o których mowa w ust. 2, kontrolujący jest obowiązany dokonać ich analizy i, w miarę potrzeby, podjąć dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń zmienić lub uzupełnić odpowiednią część protokołu kontroli.
5. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń, w całości lub w części, kontrolujący przekazuje na piśmie stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia.
6. Kierownikowi jednostki kontrolowanej lub osobie pełniącej jego obowiązki przysługuje prawo złożenia wyjaśnień co do przyczyn i okoliczności powstania nieprawidłowości, opisanych w protokole kontroli, w terminie 7 dni roboczych od otrzymania protokołu.

Art. 168. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba pełniąca jego obowiązki może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając, w terminie 7 dni roboczych od dnia jego otrzymania, wyjaśnienie przyczyn tej odmowy.
2. O odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontrolujący czyni wzmiankę w protokole.
3. Odmowa podpisania protokołu przez osobę wymienioną w ust. 1 nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolującego i realizacji ustaleń kontroli.

Art. 169. 1. Odpowiednio Komisja albo minister właściwy do spraw zdrowia sporządza wystąpienie pokontrolne, które przekazuje kierownikowi jednostki kontrolowanej.
2. Wystąpienie pokontrolne zawiera ocenę kontrolowanej działalności, wynikającą z ustaleń opisanych w protokole kontroli, a także zalecenia, o których mowa w art. 155 ust. 6.

3. Kierownik jednostki kontrolowanej jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, do poinformowania sporządzającego wystąpienie pokontrolne o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Art. 170. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej, w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, może odwołać się do sporządzającego wystąpienie od zawartych w wystąpieniu pokontrolnym ocen, uwag, wniosków i zaleceń.
2. Sporządzający wystąpienie rozpatruje odwołanie w ciągu 14 dni od dnia jego otrzymania i zajmuje stanowisko.
3. Stanowisko sporządzającego wystąpienie jest ostateczne i wraz z uzasadnieniem jest doręczane jednostce kontrolowanej.

Art. 171.1. W razie niewykonywania zaleceń wynikających z wystąpienia pokontrolnego, o którym mowa w art. 169 ust. 1, prowadzenia działalności z naruszeniem przepisów prawa lub statutu, a także odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, odpowiednio Komisja albo minister właściwy do spraw zdrowia może:

1) nakładać na członka Zarządu Funduszu karę upomnienia lub karę pieniężną do wysokości 5-krotnego wynagrodzenia brutto tej osoby wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące przed nałożeniem kary;
2) występować do Rady Funduszu z wnioskiem o odwołanie członka Zarządu;
3) występować do Rady Funduszu z wnioskiem o zawieszenie w czynnościach członka Zarządu do czasu rozpatrzenia wniosku o jego odwołanie.

2. Kary pieniężne, o których mowa w ust. 1 pkt 1, podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Art. 172. Na wniosek Komisji albo ministra właściwego do spraw zdrowia, właściwy minister jest uprawniony do przeprowadzania kontroli w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego, określonych przepisami ustawy. Przepisy art. 156 ust. 2-6 oraz art. 157-170 stosuje się odpowiednio.

Art. 173.1. W sprawach nadzoru organy nadzoru wydają decyzje administracyjne.
2. Do postępowania w sprawach nadzoru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.

Art. 174. Prezes Funduszu przedstawia corocznie Sejmowi i Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej oraz Radzie Ministrów, nie później niż do końca lipca roku następnego, sprawozdanie z działalności Funduszu.

Rozdział 14

Przepisy karne

Art. 175. Kto:

1) nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenia zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia;
2) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego;
3) nie odprowadza w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
4) pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
5) umyślnie uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych;
6) wbrew obowiązkowi, o którym mowa w art. 10 ust. 3 i art. 11 ust. 2, nie zgłasza do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 7 ust. 2;
7) podaje w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz nieprawdziwe informacje i dane

- podlega karze grzywny.

Art. 176. W razie ukarania za wykroczenie z art. 175 pkt 7 orzeka się środek karny zakazu uczestniczenia w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz, na czas od 6 miesięcy do 3 lat.

Art. 177. Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 175 i 176, następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

Rozdział 15

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 178. W ustawie z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205, Nr 74, poz. 676, Nr 81, poz. 732, Nr 113, poz. 984 i 985) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 69 i 69a otrzymują brzmienie:

„Art. 69. Żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe i ćwiczenia wojskowe oraz pełniącym służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie z dnia…2002 r. o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr…, poz. …).

Art. 69a. Żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie z dnia…2002 r. o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr…, poz. …).”;

2) uchyla się art. 69b;
3) w art. 193 w ust. 3 skreśla się wyrazy „i 69b”.

Art. 179. W ustawie z dnia 30 czerwca 1970 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 1997 r. Nr 10, poz. 55, Nr 106, poz. 678, Nr 107, poz. 688, Nr 121, poz. 770, Nr 117, poz. 753, Nr 141, poz. 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1117, z 2001 r. Nr 85, poz. 925 i Nr 154, poz. 1800 oraz z 2002 r. Nr 141, poz. 1184) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 61 otrzymuje brzmienie:

„Art. 61. Żołnierze zawodowi są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego i korzystają ze świadczeń na zasadach określonych w ustawie z dnia…2002 r. o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr…, poz. …).”;

2) art. 99 w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) bezpłatne świadczenia zdrowotne na zasadach określonych dla żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową,”.

Art. 180. W ustawie z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. Nr 20, poz. 101, z 1982 r. Nr 31, poz. 214, z 1985 r. Nr 22, poz. 98 i Nr 50, poz. 262, z 1987 r. Nr 21, poz. 123, z 1989 r. Nr 34, poz. 178, z 1991 r. Nr 100, poz. 443, z 1993 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 34, poz.163 i Nr 142, poz. 701, z 1996 r. Nr 73, poz. 350, Nr 89, poz. 402, Nr 106, poz. 496 i Nr 139, poz. 647, z 1997 r. Nr 75, poz. 469, Nr 133, poz. 883, z 1998 r. Nr 160, poz. 1065 i Nr 155, poz. 1016, z 1999 r. Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, Nr 48, poz. 552 oraz z 2001 r. Nr 154, poz. 1784 i Nr 154, poz. 1800) w art. 5a w ust. 2 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” zastępuje się wyrazami „ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 181. W ustawie z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62, z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 88, poz. 554, Nr 107, poz. 685, Nr 121, poz. 769 i 770 i Nr 139, poz. 934, z 1998 r. Nr 155, poz. 1015, z 1999 r. Nr 49, poz. 483, Nr 101, poz. 1178 i Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 43, poz. 483, Nr 48, poz. 552, Nr 70, poz. 819, Nr 114, poz. 1193 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 37, poz. 424, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1084 i Nr 110, poz. 1189 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365 i Nr 153, poz. 1271) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 82

a) w ust. 3:

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1)Przewodniczący Komisji powoływany przez Prezesa Rady Ministrów na wspólny wniosek ministra właściwego do spraw instytucji finansowych, ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego i ministra właściwego do spraw zdrowia – na pięcioletnia kadencję,”,

- w pkt 2 po lit. b dodaje się lit c w brzmieniu:

„c) ministra właściwego do spraw zdrowia,",

b) ust. 12 otrzymuje brzmienie:

„12. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego i ministrem właściwym do spraw zdrowia, w drodze zarządzenia, nadaje Komisji statut, określający w szczególności organizację Urzędu oraz sposób podejmowania uchwał przez Komisję.”;

2) w art. 82a ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Do zadań nadzoru należą zadania Komisji określone w przepisach ustawy z dnia .....o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr...., poz. .....).";

3) w art. 82c w ust. 2 w pkt 3 kropkę na końcu zstępuje się przecinkiem oraz dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) być członkami organów lub pracownikami Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawcami mającymi umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia ani pracownikami lub osobami współpracującymi z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych.”.

Art. 182. W ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 60, poz. 636, z 2000 r. Nr 45, poz. 531 oraz z 2001 r. Nr 73, poz. 764) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 36 w ust. 1 w pkt 8 kropkę na końcu zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 9 w brzmieniu:
„9) wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne.”;
2) w art. 79 w ust. 2 wyrazy „przez Kasy Chorych” zastępuje się wyrazami „przez Narodowy Fundusz Zdrowia”.

Art. 183. W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz.968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676 i Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 14 w ust. 2 w pkt 10 w lit. b), w art. 23 w ust. 1 w pkt 58, w art. 27b w ust. 1 w pkt 1 i 2, w art. 32 w ust. 3b, w art. 33 w ust. 3a, w art. 34 w ust. 4a i ust. 9, w art. 35 w ust. 9, w art. 37 w ust. 1a w pkt 4, w art. 38 w ust. 1, w art. 41 w ust. 1a i w art. 43 w ust. 4 występujące w różnych przypadkach wyrazy „powszechne ubezpieczenie zdrowotne” zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach wyrazami „ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia”;
2) w art. 26 w ust. 7b wyrazy „Kas Chorych” zastępuje się wyrazami „Narodowego Funduszu Zdrowia”.

Art. 184. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 141, poz. 692 i Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 162, poz. 1115, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256, Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948 i Nr 120, poz.1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz.1193, Nr 113, poz.1207, Nr 126, poz. 1383 i

1384 i Nr 128, poz. 1407 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 50 dodaje się art. 50a w brzmieniu:

„Art. 50a. 1. W jednostkach budżetowych tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, które posiadają w strukturze organizacyjnej ambulatorium, izbę chorych, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, może być gromadzony środek specjalny.

2. Przychodem środka specjalnego, o którym mowa w ust. 1, są środki pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia, które mogą być przeznaczone wyłącznie na sfinansowanie:

1) badania i porady lekarskiej,
2) badania diagnostycznego,
3) leczenia ambulatoryjnego,
4) rehabilitacji leczniczej

- dla żołnierzy służby zasadniczej, żołnierzy zawodowych oraz członków ich rodzin.”;

2) w art. 66a w ust. 1, w art. 70d w ust. 1 w pkt 1 oraz w ust. 2 występujące w różnych przypadkach wyrazy „kasy chorych” zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach wyrazami „Narodowy Fundusz Zdrowia”.

Art. 185. W ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654, Nr 60, poz. 700 i 703, Nr 86, poz. 958, Nr 103, poz. 1100, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1315 i 1324, z 2001 r. Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190 i Nr 125, poz. 1363 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 93, poz. 820, Nr 141, poz. 1179) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 16 w ust. 1 w pkt 9 w lit. c) i w art. 17 w ust. 1 w pkt 27 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” zastępuje się wyrazami „ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia”;
2) w art. 16 w ust. 1 uchyla się pkt 62;
3) w art. 17 w ust. 1:
   a) pkt 4p otrzymuje brzmienie:
      „4p) dochody Narodowego Funduszu Zdrowia w części przeznaczonej na cele statutowe,”;
   b) uchyla się pkt 27.

Art. 186. W ustawie z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz. U. Nr 73, poz. 350, z 1996 r. Nr 137, poz. 638, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 98, poz. 604, Nr 121, poz. 770, Nr 106, poz. 679, Nr 160, poz. 1080, z 1998 r. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 52, poz. 527 i 528, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, z 2001 r. Nr 94, poz. 1032, Nr 138, poz. 1567 oraz z 2002 r. Nr 27, poz. 266) w art. 36 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” zastępuje się wyrazami „ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 187. 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, z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324 oraz z 2001 r. Nr

74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 125, poz. 1363 i 1369 i Nr 134, poz. 1509, Nr 141, poz. 1183) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 11 w ust. 4 wyrazy „Kas Chorych" zastępuje się wyrazami „Narodowego Funduszu Zdrowia";

2) w art. 13 w ust. 1, w art. 31 w ust. l, 2, 4 i 5, w art. 44 w ust. l i 2, w art. 47 i w art. 52 w ust. 3 w pkt 4 występujące w różnych przypadkach wyrazy „powszechne ubezpieczenie zdrowotne" zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach wyrazami „ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia".

Art. 188. 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, Nr 70, poz. 778 i Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, Nr 12, poz. 136, Nr 48, poz. 550, Nr 95, poz. 1041, Nr 119, poz. 1251 i Nr 122, poz. 1315, z 2001 r. Nr 45, poz. 497, Nr 46, poz. 499, Nr 88, poz. 961, Nr 98, poz. 1070, Nr 100, poz. 1082, Nr 102, poz. 1116, Nr 125, poz. 1368 i Nr 145, poz. 1623 oraz z 2002 r. Nr 41, poz. 363 i 365, Nr 74, poz. 676, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 156, poz. 1300) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5 pkt 9 otrzymuje brzmienie:
„9) Narodowy Fundusz Zdrowia,”;
2) w art. 35d w ust. 1 pkt 13 otrzymuje brzmienie:
„13) Narodowym Funduszu Zdrowia,”.

Art.189. W ustawie z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 i Nr 154, poz.1801) w art. 22 w ust. 4, w art. 34 w ust. 4, w ust. 5, w ust. 7 w pkt 6, w ust. 8, w ust. 10 oraz w ust. 12 i w art. 45 w pkt 3 występujące w różnych przypadkach i liczbach wyrazy „kasa chorych” zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach i liczbach wyrazami „Narodowy Fundusz Zdrowia”.

Art.190. W ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. Nr 100, poz. 1083 i z 2002 r. Nr 153, poz. 1271) w art. 47 pkt 1 wyrazy „kas chorych” zastępuje się wyrazami „Narodowego Funduszu Zdrowia”.

Art.191. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1181 i Nr 152, poz. 1265) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4 w ust. 7 w pkt 2 lit. c) otrzymuje brzmienie:
„c) sposób potwierdzania przez Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia okoliczności, o których mowa w art. 58 ust. 4 ustawy z dnia… o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr…, poz. …),”;
2) w art. 103 w ust. 2 w pkt 2 wyrazy „kasę chorych” zastępuje się wyrazami „Narodowy Fundusz Zdrowia”.

Art.192. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:
   a) pkt 13 otrzymuje brzmienie:
      „13) osoba ubezpieczona - osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie ustawy z dnia …o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr…, poz. …),”,
   b) pkt 23 otrzymuje brzmienie:
      „23) świadczeniodawca - świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 22 ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,”;
2) w art. 6 w ust. 6, w art. 16 w ust. 1, w art. 18 w ust. 4 wyrazy „kasy chorych” zastępuje się wyrazami „Narodowy Fundusz Zdrowia”;
3) w art. 6 w ust. 7, w art. 16 w ust. 2, w art. 18 w ust. 5, w art. 19 w ust. 4, w art. 29 w ust. 1, w art. 31 w ust. 3 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” zastępuje się wyrazami „ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Rozdział 16

Przepisy przejściowe i końcowe.

Art. 193. Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o:
1) **kasie chorych lub instytucji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego** - rozumie się przez to Fundusz;
2) **ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym** - rozumie się przez to niniejszą ustawę;
3) **powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym** - rozumie się przez to ubezpieczenie zdrowotne określone w niniejszej ustawie;
4) **symbolu kasy chorych** – rozumie się przez to oznaczenie właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Art. 194. Ubezpieczeni na podstawie ustawy 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, z 1999 r. Nr 45, poz.439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz.777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236, Nr 110, poz. 1255 i poz. 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz.1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 88, poz. 961, Nr 97, poz. 1050, Nr 126, poz. 1382 i 1384, Nr 154, poz. 1796 i 1801 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 83, poz. 749, Nr 153, poz. 1271) stają się, z dniem wejścia w życie ustawy, ubezpieczonymi na podstawie niniejszej ustawy.

Art.195. 1. Niniejsza ustawa nie narusza przepisów o świadczeniach zdrowotnych udzielanych bezpłatnie przez zakłady opieki zdrowotnej bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego:
1) art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557 i Nr 160, poz. 1083, z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 60, poz. 701 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, Nr 111, poz. 1194 i Nr 151, poz.1686 oraz z 2002 r. Nr 74, poz. 676);

2) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231);
3) art. 14 ust. 6 ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 75, poz. 468 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000 r. Nr 103, poz. 1097, z 2001 r. Nr 111, poz. 1194 i Nr 125, poz. 1367 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 113, poz. 984);
4) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268).

2. Przez świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, rozumie się także leki wydawane na zasadach określonych w ustawie.
3. Zachowują moc przepisy o świadczeniach zdrowotnych związanych z ciążą, porodem i połogiem.
4. Zasady i tryb finansowania z budżetu państwa kosztów świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń udzielanych na rzecz osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego określają przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384).
5. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 i 2, udzielane na rzecz osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego finansowane są z budżetu państwa.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia sposób i tryb finansowania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 5, uwzględniając sposób wydatkowania środków publicznych.

Art. 196. 1. Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, w szczególności wstępuje w prawa i obowiązki kas chorych wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych przed dniem 1 stycznia 2003 r. między kasami chorych a świadczeniodawcami.
2. Umowy, o których mowa w ust. 1, obowiązują do czasu zawarcia nowych umów na warunkach wynikających z niniejszej ustawy.
3. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych wszczęte przed dniem wejścia w życie ustawy, prowadzi się na zasadach określonych w dotychczasowych przepisach.

Art. 197. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad organizowaniem Funduszu.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania konieczne do realizacji celów ustawy, a w szczególności:
1) powołuje Komisję Inwentaryzacyjną w celu ustalenia mienia kas chorych, które zostanie przekazane do Funduszu;
2) sporządza wykazy mienia kas chorych oraz wszystkich ich jednostek organizacyjnych;
3) przygotowuje przejęcie przez Fundusz mienia kas chorych oraz wszystkich ich jednostek organizacyjnych, a w szczególności środków trwałych i wyposażenia;

4) przygotowuje przejęcie przez Fundusz praw majątkowych i niemajątkowych kas chorych oraz wszystkich ich jednostek organizacyjnych;
5) nadzoruje we współpracy z Urzędem Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rok 2003 przez kasy chorych;
6) dostosowuje istniejący system kas chorych do potrzeb Funduszu.

3. Zadania, o których mowa w ust. 2, wykonuje właściwa jednostka organizacyjna utworzona przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
4. Pracownicy jednostki, o której mowa w ust. 3, stają się z dniem wejścia w życie ustawy pracownikami centrali Funduszu.

Art. 198. 1. Zarządy kas chorych są obowiązane do podejmowania działań koniecznych do realizacji celów ustawy.
2. Zarządy obowiązane są do współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia, w zakresie realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 i art. 197 ust. 2.
3. W przypadku uchybienia obowiązkom, o których mowa w ust. 1 i 2, minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać zarząd kasy chorych i powołać w jego miejsce zarząd tymczasowy.
4. Zarząd tymczasowy kieruje działalnością kasy i wykonuje wszystkie zadania zastrzeżone dla zarządu, do czasu powołania nowego zarządu przez Radę kasy chorych, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Powołanie zarządu tymczasowego następuje w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia.
6. Zarząd tymczasowy liczy 1-3 członków.

Art. 199. 1. Fundusz z dniem wejścia w życie ustawy staje się podmiotem wszelkich praw i obowiązków kas chorych, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Mienie kas chorych staje się z dniem wejścia w życie ustawy, z mocy prawa, mieniem Funduszu, z tym, że mienie otrzymane przez kasy chorych od Skarbu Państwa zalicza się na fundusz podstawowy Funduszu.
3. Umowy na podstawie, których kasy chorych lub ich oddziały nabyły prawo do używania nieruchomości wygasają z dniem 31 marca 2003 r., chyba że w terminie do dnia 1 marca 2003 r. Fundusz oświadczy drugiej stronie umowy, iż pozostaje nią związany, z zastrzeżeniem ust. 4. Oświadczenie Fundusz składa na piśmie.
4. Przepis ust. 3 nie dotyczy umów, na podstawie których kasy chorych lub ich oddziały nabyły własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości.
5. Przejście praw i mienia kas chorych na Fundusz następuje nieodpłatnie oraz wolne jest od podatków i opłat.

Art. 200. Fundusze rezerwowe kas chorych stają się z dniem wejścia w życie ustawy funduszem zapasowym Funduszu.

Art. 201. Fundusz przejmuje zbiory danych prowadzone przez kasy chorych, w tym zbiory danych osobowych.

Art. 202. 1. Ujawnienie w księgach wieczystych praw własności nieruchomości i użytkowania wieczystego nieruchomości wynikających z przejęcia przez Fundusz mienia, o którym mowa w art. 199 ust. 2, następuje na wniosek właściwego ze

względu na położenie nieruchomości dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, na podstawie wyciągu z wykazu, o którym mowa w art. 197 ust. 2 pkt 2, stwierdzającego przejście prawa własności lub użytkowania wieczystego na rzecz Funduszu.
2. Postępowanie w przedmiocie wpisów jest wolne od opłat sądowych.

Art. 203. Z dniem wejścia w życie ustawy regionalne kasy chorych przekształcają się, z mocy prawa, w oddziały wojewódzkie Funduszu.

Art. 204. Z dniem wejścia w życie ustawy centrala Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych wchodzi w skład centrali Funduszu, a oddziały terenowe Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych wchodzą w skład właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Art. 205. 1. Pracownicy regionalnych kas chorych i oddziałów terenowych Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu, zastrzeżeniem art. 206.
2. Pracownicy centrali Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami centrali Funduszu, zastrzeżeniem art. 206.

Art. 206. 1. Stosunki pracy z pracownikami, o których mowa w art. 205 wygasają:
1) z dniem 30 marca 2003 r. - jeżeli przed dniem 28 lutego 2003 r. nie zostaną im zaproponowane nowe warunki pracy lub płacy na dalszy okres, albo
2) w razie odmowy przyjęcia nowych warunków pracy lub płacy, o których mowa w pkt 1, przez pracownika do dnia 15 marca 2003 r.

2. Pracodawca obowiązany jest powiadomić na piśmie pracownika odpowiednio o terminie wygaśnięcia stosunku pracy i o skutkach nieprzyjęcia nowych warunków pracy i płacy.
3. Wcześniejsze rozwiązanie stosunku pracy przez pracodawcę może nastąpić za wypowiedzeniem.
4. Pracownicy, o których mowa w art. 205, zachowują uprawnienia pracownicze wynikające z aktów, na których podstawie powstał ich stosunek pracy przed dniem 1 stycznia 2003 r., do dnia:
1) 15 marca 2003 r. - jeżeli przyjęli proponowane warunki pracy lub płacy na dalszy okres, albo
2) wygaśnięcia stosunku pracy, o którym mowa w ust. 1, albo
3) wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 3.

5. W przypadku wygaśnięcia stosunku pracy, o którym mowa w ust. 1, lub wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 3, pracownikom przysługuje odprawa, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 28 grudnia 1989 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 2002 r. Nr 112, poz. 980 i Nr 135, poz. 1146).

Art. 207.1. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia plany finansowe kas chorych na rok 2003 w terminie:

1) 3 dni od dnia zatwierdzenia przez siebie tych planów, albo
2) 3 dni od dnia uznania uchwały dotyczącej tego planu w całości lub w części za nieważną, zgodnie z art. 151a ust. 7 ustawy, o której mowa w art. 218, nie później niż do dnia 30 listopada 2002 r.

2. Plan finansowy Funduszu na rok 2003, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów, sporządza minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, w terminie do dnia 31 grudnia 2002 r.

3. Plan finansowy, o którym mowa w ust. 2, sporządza się na podstawie planów, o których mowa w ust. 1, uwzględniając plan finansowy centrali Funduszu, o którym mowa w ust. 4.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych sporządza plan finansowy centrali Funduszu w terminie do dnia 15 grudnia 2002 r.

Art. 208.1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych potrąca koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne, zidentyfikowane po 31 grudnia 2002 r. jako należne za okres do końca czwartego kwartału 2002 r. z bieżących wpłat na rachunek ubezpieczenia zdrowotnego, w wysokości obowiązującej w 2002 r.

2. Środki, które wpłynęły na rachunek ubezpieczenia zdrowotnego 30 oraz 31 grudnia 2002 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje na wyodrębnione rachunki bankowe Funduszu, w terminie o którym mowa w art. 30 ust. 5.

3. Ostatecznego rozliczenia zaliczek przekazanych kasom chorych w 2002 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych dokona do dnia 10 lutego 2003 r., w sposób określony w przepisach obowiązujących w 2002 r., wydanych na podstawie art. 169c ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 218.

4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie przekazuje do Funduszu informacji o składkach przekazanych kasom chorych do końca 2002 r., a zidentyfikowanych po dniu 30 czerwca 2003 r.

Art. 209. 1. Do dnia 31 grudnia 2004 r. zgłoszenia, o których mowa w art. 19 ust. 3, przesyła się do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, wraz ze zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 17.

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do oddziałów wojewódzkich Funduszu dane określone w art. 141 ust. 2 pkt 1-9 przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 19 ust. 3, po przeprowadzeniu ich weryfikacji polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL.

3. Do weryfikacji danych, o której mowa w ust. 2, stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 30 ust. 11.

4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekażą nieodpłatnie, do dnia 1 stycznia 2005 r., zbiory danych osobowych wynikających ze zgłoszeń, o których mowa w art. 19 ust. 3.

Art. 210. Z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej w stosunku do osób posiadających obywatelstwo państw członkowskich

Unii Europejskiej znosi się warunek posiadania wizy uprawniającej do podjęcia pracy, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, o którym mowa w art. 6 i 7.

Art. 211. Do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 20 ust. 1, dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Art. 212. Oświadczenia woli ubezpieczonych o wyborze lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują swoją ważność.

Art. 213. 1. Do czasu utworzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2004 r., Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują informacje, o których mowa w art. 30 ust. 6 i 8, do oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniach, o których mowa w art. 17 i 18, z zastrzeżeniem ust. 6.
2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują, nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2003 r., informacje o należnej składce, o której mowa w art. 30 ust. 9, do centrali Funduszu w kwocie globalnej z podziałem na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu.
3. W okresie do dnia 31 grudnia 2005 r. poziom identyfikacji składek na ubezpieczenie zdrowotne (przypisania do konkretnego ubezpieczonego) dokonywanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w zakresie realizacji zadań określonych w art. 30 ust. 6, 8 i 9 nie może być niższy niż 60% wpływających składek.
4. Od dnia 1 stycznia 2006 r. poziom identyfikacji składek, o którym mowa w ust. 3, nie może być niższy niż 90% wpływających składek.
5. Do dnia 31 grudnia 2005 r. koszty poboru i ewidencjonowania, o których mowa w art. 31, potrącane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,25% kwoty składek przekazanych do centrali Funduszu.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, określi, w drodze rozporządzenia, sposób przyporządkowania do oddziałów wojewódzkich Funduszu ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego przed dniem wejścia w życie ustawy, w celu umożliwienia Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazywania danych, o których mowa w art. 141 ust. 2 pkt 1-5, dotyczących składek opłaconych za tych ubezpieczonych po dniu wejścia w życie ustawy.

Art. 214. Osoby ubezpieczające się dobrowolnie nie wnoszą opłaty dodatkowej, o której mowa w art. 11 ust. 5, jeżeli ubezpieczą się w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 215. 1. Do czasu powołania przez Radę Funduszu osób, o których mowa w art. 44 ust.1 pkt 2, nie dłużej niż przez 3 miesiące od dnia wejścia w życie ustawy, obowiązki Zastępców Prezesa Funduszu pełnią osoby wyznaczone przez Prezesa Rady Ministrów na wniosek Prezesa Funduszu.

2. Kadencja członków pierwszej Rady Funduszu wynosi 30 miesięcy w przypadku:

1) 2 z członków, o których mowa w art. 42 ust. 1 pkt 2;
2) 1 członka, o których mowa w art. 42 ust. 1 pkt 3;
3) 1 członka, o którym mowa w art. 42 ust. 1 pkt 6;
4) 1 członka, o którym mowa w art. 42 ust. 1 pkt 7;
5) 1 z członków, o których mowa w art. 42 ust. 1 pkt 8.

3. Członkowie Rady Funduszu powoływani są, po zakończeniu kadencji osób, o których mowa w ust. 2, w trybie art. 42.

Art. 216. Pierwsze plany, o których mowa w rozdziale 7, przygotowywane są na rok 2004.

Art. 217. Przepisy wykonawcze wydane na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, zachowują moc do czasu wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie niniejszej ustawy w zakresie, w jakim nie pozostają z nią w sprzeczności.

Art. 218. Traci moc ustawa 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, z 1999 r. Nr 45, poz.439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz.777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236, Nr 110, poz. 1255 i poz. 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz.1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 88, poz. 961, Nr 97, poz. 1050, Nr 126, poz. 1382 i 1384, Nr 154, poz. 1796 i 1801 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 83, poz. 749, Nr 153, poz. 1271).

Art. 219. 1. Przepis art. 77 ust. 2 i art. 93 ust. 6 stosuje się z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

2. Przepis art. 136 ust. 3, stosuje się od dnia 1 stycznia 2004 r.

3. Przepis art. 79 ust. 3 stosuje się do dnia uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

Art. 220. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2003 r., z wyjątkiem art. 197, 198, 207 i 208, które wchodzą w życie z dniem ogłoszenia.

---

[1] Niniejsza ustawa zmienia

1) ustawę z dnia 21 listopada 1967 r. **o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej** (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205, Nr 74, poz. 676, Nr 81, poz. 732, Nr 113, poz. 984 i 985);
2) ustawę z dnia 30 czerwca 1970 r. **o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych** (Dz. U. z 1997 r. Nr 10, poz. 55, Nr 106, poz. 678, Nr 107, poz. 688, Nr 121, poz. 770, Nr 117, poz. 753, Nr 141, poz. 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1117, z 2001 r. Nr 85, poz. 925 i Nr 154, poz. 1800 oraz z 2002 r. Nr 141, poz. 1184);
3) ustawę z dnia 31 lipca 1981 r. **o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (**Dz. U. Nr 20, poz. 101, z 1982 r. Nr 31, poz. 214, z 1985 r. Nr 22, poz. 98 i Nr 50, poz. 262, z 1987 r. Nr 21, poz. 123, z 1989 r. Nr 34, poz. 178, z 1991 r. Nr 100, poz. 443, z 1993 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 34,

poz.163 i Nr 142, poz. 701, z 1996 r. Nr 73, poz. 350, Nr 89, poz. 402, Nr 106, poz. 496 i Nr 139, poz. 647, z 1997 r. Nr 75, poz. 469, Nr 133, poz. 883, z 1998 r. Nr 160, poz. 1065 i Nr 155, poz. 1016, z 1999 r. Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, Nr 48, poz. 552 oraz z 2001 r. Nr 154, poz. 1784 i Nr 154, poz. 1800);

4) ustawę z dnia 28 lipca 1990 r. **o działalności ubezpieczeniowej** (Dz. U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62, z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 88, poz. 554, Nr 107, poz. 685, Nr 121, poz. 769 i 770 i Nr 139, poz. 934, z 1998 r. Nr 155, poz. 1015, z 1999 r. Nr 49, poz. 483, Nr 101, poz. 1178 i Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 43, poz. 483, Nr 48, poz. 552, Nr 70, poz. 819, Nr 114, poz. 1193 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 37, poz. 424, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1084 i Nr 110, poz. 1189 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365 i Nr 153, poz. 1271);
5) ustawę z dnia 20 grudnia 1990 r. **o ubezpieczeniu społecznym rolników** (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 60, poz. 636, z 2000 r. Nr 45, poz. 531 oraz z 2001 r. Nr 73, poz. 764);
6) ustawę z dnia 26 lipca 1991 r. **o podatku dochodowym od osób fizycznych** (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz.968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676 i Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182);
7) ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. **o zakładach opieki zdrowotnej** (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 141, poz. 692 i Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 162, poz. 1115, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256, Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948 i Nr 120, poz.1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz.1193, Nr 113, poz.1207, Nr 126, poz. 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984);
8) ustawę z dnia 15 lutego 1992 r. **o podatku dochodowym od osób prawnych** (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654, Nr 60, poz. 700 i 703, Nr 86, poz. 958, Nr 103, poz. 1100, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1315 i 1324, z 2001 r. Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190 i Nr 125, poz. 1363 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 93, poz. 820, Nr 141, poz. 1179);
9) ustawę z dnia 9 maja 1996 r. **o wykonywaniu mandatu posła i senatora** (Dz. U. Nr 73, poz. 350, z 1996 r. Nr 137, poz. 638, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 98, poz. 604, Nr 121, poz. 770, Nr 106, poz. 679, Nr 160, poz. 1080, z 1998 r. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 52, poz. 527 i 528, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, z 2001 r. Nr 94, poz. 1032, Nr 138, poz. 1567 oraz z 2002 r. Nr 27, poz. 266);
10) ustawę z dnia 20 listopada 1998 r. **o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne** (Dz. U. Nr 144, poz. 930, z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324 oraz z 2001 r. Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 125, poz. 1363 i 1369 i Nr 134, poz. 1509, Nr 141, poz. 1183);
11) ustawę 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, Nr 70, poz. 778 i Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, Nr 12, poz. 136, Nr 48, poz. 550, Nr 95, poz. 1041, Nr 119, poz. 1251 i Nr 122, poz. 1315, z 2001 r. Nr 45, poz. 497, Nr 46, poz. 499, Nr 88, poz. 961, Nr 98, poz. 1070, Nr 100, poz. 1082, Nr 102, poz. 1116, Nr 125, poz. 1368 i Nr 145, poz. 1623 oraz z 2002 r. Nr 41, poz. 363 i 365, Nr 74, poz. 676, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 156, poz. 1300);
12) ustawę z dnia 25 lipca 2001 r. **o Państwowym Ratownictwie Medycznym** (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 i Nr 154, poz.1801);
13) ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. **o diagnostyce laboratoryjnej** (Dz. U. Nr 100, poz. 1083 i z 2002 r. Nr 153, poz. 1271);
14) ustawę z dnia 6 września 2001 r. **- Prawo farmaceutyczne** (Dz. U. Nr 126, poz. 1381 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1181 i Nr 152, poz. 1265);
15) ustawę z dnia 6 września 2001 r. **o chorobach zakaźnych i zakażeniach** (Dz. U. Nr 126, poz. 1384).

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zastąpi ustawę z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.). Jest to obszerny akt prawny liczący ponad 200 artykułów. Liczba artykułów tego projektu wynika w głównej mierze z faktu, że jest to swoista „konstytucja" polskiego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. Akt prawny, z którego na co dzień korzystać będą tak świadczeniodawcy usług zdrowotnych, jak i świadczeniobiorcy, czyli praktycznie każdy obywatel Rzeczypospolitej Polskiej. Ze względu na to, że akt ten zawiera tak obszerną materię prawną od zawartych w nim regulacji zależeć będzie sprawne korzystanie z uprawnień i przestrzeganie obowiązków związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych. Projekt normuje w sposób kompleksowy bardzo szeroki zakres zagadnień, przede wszystkim:

1) obowiązki władz publicznych w zakresie ochrony zdrowia,
2) zasady ubezpieczania w Narodowym Funduszu Zdrowia,
3) prawa i obowiązki ubezpieczonych w Funduszu,
4) zasady i tryb uiszczania składek na ubezpieczenie zdrowotne,
5) strukturę organizacyjną i sposób funkcjonowania Funduszu,
6) zagadnienia związane z wykonywaniem efektywnego nadzoru nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych.

Dotychczas funkcjonująca ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym jest równie obszernym aktem prawnym, lecz pomimo to daleko jej do doskonałości legislacyjnej. O niedoskonałości tej ustawy świadczy liczba nowelizacji dokonanych w trakcie 5 lat jej obowiązywania. Ustawa doczekała się już 26 nowelizacji. W większości przypadków zmiany ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wynikały z potrzeby doraźnego „łatania" luk w systemie ubezpieczeń zdrowotnych oraz z konieczności pośpiesznego rozstrzygania wątpliwości interpretacyjnych związanych z jej stosowaniem.

Jak wynika z powyższego, jednym z podstawowych celów projektu ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia jest usunięcie podstawowych wad, jakimi obarczony jest system działający na podstawie ustawy o powszechnym

ubezpieczeniu zdrowotnym. Należy podkreślić, że w przedmiotowym projekcie nie dokonuje się zmian o charakterze rewolucyjnym w dotychczas obowiązującym systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Przejmuje on bowiem sprawdzone już w praktyce rozwiązania zawarte w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a dotyczące w głównej mierze kwestii związanych z zasadami ustalania i poboru składek na ubezpieczenie zdrowotne, jednocześnie precyzując szereg szczegółowych zagadnień. Z drugiej zaś strony projekt usuwa mechanizmy powstawania patologii związanych z funkcjonowaniem kas chorych, których skutkiem były poważne zaburzenia w dostępie ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych. W tym zakresie wprowadza się nowoczesny system, którego istotą jest powołanie do życia Narodowego Funduszu Zdrowia – osoby prawnej obejmującej swoją właściwością obszar całego kraju, który zastąpi niejednolity system kas chorych. Dzięki temu, że Fundusz poprzez swoje oddziały wojewódzkie będzie zawierał umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych bezpośrednio ze świadczeniodawcami, zaistnieje możliwość zbudowania jednolitego systemu udzielania świadczeń zdrowotnych o ustalonym standardzie na terenie całego kraju. Wyeliminowane zostaną mechanizmy blokujące dostęp ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych, jak na przykład konieczność uzyskiwania promes, czyli uzyskiwania obietnicy macierzystej kasy chorych zapłacenia kosztów leczenia ubezpieczonego poza obszarem jej działania.

Pozostawiająca wiele do życzenia jakość „polityk zdrowotnych" prowadzonych aktualnie przez siedemnaście kas chorych wynika przede wszystkim z braku ich racjonalnych podstaw. Dominującym elementem planowania w kasach jest określenie ilości zadań w skali roku w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych. Ilość świadczeń jest limitowana środkami zapisanymi w planie rzeczowo-finansowym. Można zatem mówić jedynie o minimalnym poziomie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i podporządkowaniu ich raczej sytuacji ekonomicznej danej kasy, niż rzeczywistym potrzebom ubezpieczonych. Kasy, poprzez wprowadzenie limitowania świadczeń całkowicie zablokowały możliwość konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami, powracając w istocie do specyficznego sytemu „nakazowo-rozdzielczego". Utworzenie Funduszu z oddziałami wojewódzkimi o jednolitej strukturze spowoduje poprawę sytuacji w tym zakresie. Przekształcenie kas chorych i przeniesienie ich dotychczasowych zadań do Funduszu pozwoli na stosowanie jednolitych zasad zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ustalenie identycznego zakresu świadczeń zdrowotnych, wyodrębnienie procedur i wprowadzenie ich standardów będących podstawą zawierania umów. Jednocześnie istotne będzie wprowadzenie mechanizmów pozwalających na ustalenie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych osób ubezpieczonych. Zadanie to będzie wykonywał Fundusz poprzez swoje oddziały wojewódzkie przy aktywnym udziale samorządu lokalnego. Projekt ustawy przewiduje nową jakość w planowaniu zakupów świadczeń zdrowotnych, które mają być dostosowane do ustalonych wcześniej potrzeb zdrowotnych osób ubezpieczonych. Powyżej wskazane elementy pozwolą na zapewnienie rzeczywistej konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami i praktyczną realizację prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy. System finansowania ochrony zdrowia oparty na Narodowym Funduszu Zdrowia umożliwi redukcję kosztów obsługi administracyjnej i przeznaczenie pozyskanych w ten sposób środków na zwiększone finansowanie świadczeń zdrowotnych. Po raz pierwszy stanie się możliwa prawidłowa ocena potrzeb osób ubezpieczonych w zakresie ochrony zdrowia.

Niniejszy projekt ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia opiera się na następujących założeniach:

1) ustawa zapewni równe traktowanie wszystkich obywateli w dostępie do świadczeń zdrowotnych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
2) dokonana będzie modyfikacja zasad objęcia ubezpieczeniem dobrowolnym i opłacania składek z tego tytułu,
3) powołany do życia Narodowy Fundusz Zdrowia będzie państwową jednostką organizacyjną, posiadającą osobowość prawną. Fundusz będzie funkcjonował w strukturze dwuszczeblowej (centrala i szesnaście oddziałów wojewódzkich, uprawnionych do zaciągania zobowiązań i nabywania prawa w zakresie określonym ustawą, statutem oraz na podstawie udzielonych pełnomocnictw przez Prezesa Funduszu),
4) nadzór nad działalnością Funduszu przypisany będzie Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia,
5) podstawowym zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia będzie zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami oraz kontrola wykonywania tych umów,
6) wydatkowanie środków z Funduszu następowało będzie na podstawie planu finansowego konstruowanego w oparciu o krajowy plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, przygotowywany na bazie planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych opracowywanych dla poszczególnych województw, oraz resortowego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych,
7) składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne pobierana będzie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego na dotychczasowych zasadach, a następnie przekazywana do Funduszu, który będzie kierował środki finansowe do świadczeniodawców, na podstawie umów zawartych w oddziałach wojewódzkich Funduszu - powyższe rozwiązanie doprowadzi do wzmocnienia zarządzania finansami (możliwość pomnażania okresowo wolnych środków pieniężnych będących w dyspozycji Funduszu), a także wyeliminuje kontrowersyjne narzędzia rozdziału środków na poszczególne województwa (wyrównanie międzykasowe).

III. Rozdział 1 – Przepisy ogólne

Poza standardowymi przepisami regulującymi zakres przedmiotowy ustawy, w rozdziale tym znalazły się takie postanowienia, które po raz pierwszy od dnia wejścia w życie Konstytucji, określają obowiązki organów władzy publicznej w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej. Postanowienia te są następstwem przepisu art. 68 Konstytucji. Kryteria, na jakich opiera się wykonywanie tych obowiązków są w pełni kompatybilne z kryteriami kontroli wydatkowania środków publicznych (art. 3 ust. 2). Projekt określa również zasady, na jakich ma być zagwarantowany ubezpieczonym dostęp do świadczeń zdrowotnych (art. 4), przy czym najistotniejsze w tym zakresie jest to, że każdy ubezpieczony będzie miał zagwarantowany dostęp do tych świadczeń na zasadach równości oraz ciągłości, a także wolnego wyboru świadczeniodawców.

Zawarty w rozdziale 1, w art. 5, tzw. słowniczek ustawy, definiuje szereg podstawowych pojęć używanych w przepisach projektu. „Słowniczek" ten jest spójny z terminologią obowiązującego ustawodawstwa w dziedzinie prawa medycznego. Wprowadza on szereg pojęć specyficznych dla przedmiotowej regulacji, takich jak definicje: „członka rodziny", „lekarza ubezpieczenia zdrowotnego", „najkorzystniejszej oferty" oraz „świadczeniodawcy".

IV. Rozdział 2 – Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu

Jest to rozdział szczególnie istotny z punktu widzenia osób podlegających ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, bowiem w jego przepisach określa się zakres podmiotów objętych tym ubezpieczeniem, a także szczegółowe zasady i terminy powstania oraz wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. Przepisy te w dużej mierze zostały przeniesione z dotychczasowej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przy czym zwrócić należy uwagę na ujednolicenie i uproszczenie zastosowanych w projekcie rozwiązań.

Art. 6 projektu zakreśla krąg podmiotów uprawnionych do korzystania z polskiego systemu opieki zdrowotnej opartego na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Są to obywatele polscy oraz obywatele innych państw. Ci ostatni mogą uzyskać status ubezpieczonego w rozumieniu niniejszego projektu w przypadku, gdy znajdują się oni na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie dokumentów określonych w odrębnych przepisach. Równocześnie art. 6 projektu dokonuje podziału wyżej wymienionych osób na takie, które są objęte ubezpieczeniem zdrowotnych w

Funduszu z mocy przepisów ustawy oraz tych, którzy ubezpieczają się dobrowolnie. Osoby, które podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu określa art. 6 oraz art. 9 projektu. Ograniczenia w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego w stosunku do niektórych grup cudzoziemców zostały w sposób precyzyjny zawarte w art. 6 i 7 projektu ustawy. Nie odbiegają one od dotychczasowych rozwiązań prawnych. Art. 10 określa, kiedy obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony. Reguluje on także zagadnienie uprawnień członków rodziny osoby podlegającej obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Art. 11 projektu w sposób szczegółowy opisuje tryb, terminy oraz zasady korzystania z możliwości dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu. W odróżnieniu od dotychczasowej regulacji, przepisy tego artykułu inaczej ustalają wysokość opłaty dodatkowej wnoszonej przez osobę ubezpieczającą się dobrowolnie, przy czym wprowadza się możliwość rozłożenia na raty tej opłaty, tak aby w nieprzewidzianych sytuacjach, których skutkiem jest czasowa niemożność wniesienia opłaty dodatkowej, nie uniemożliwiać danej osobie korzystanie ze świadczeń zdrowotnych zabezpieczanych przez Fundusz. Art. 12 - 16 projektu ustawy dotyczą określenia terminów powstania i wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu poszczególnych uprawnionych osób wymienionych w art. 9 projektu. Z kolei art. 17 projektu określa podmioty obowiązane zgłaszać poszczególnych uprawnionych do ubezpieczenia w Funduszu. W przypadku niewskazania właściwego podmiotu, ubezpieczony jest obowiązany zgłosić się do ubezpieczenia samodzielnie. Szczegółowemu uregulowaniu podlega również tryb oraz zakres danych dotyczących zgłaszanego do ubezpieczenia uprawnionego. W celu szybkiego oraz jednoznacznego ustalenia uprawnień danej osoby z ubezpieczenia zdrowotnego tworzy się Centralny Wykaz Ubezpieczonych, zaś dokumentem uprawniającym do korzystania ze świadczeń, wydawanym ubezpieczonemu, będzie karta ubezpieczenia zdrowotnego.

V. Rozdział 3 – Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 21 znajdujący się w omawianym rozdziale ustala wysokość składki na poziomie 7,75% jej wymiaru. Pozostałe przepisy rozdziału 3 określają sposób wyliczania składki w szczególnych przypadkach, sposób jej poboru, płatników oraz

ich uprawnienia i obowiązki. Przepisy te bazują na regulacji ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym przy równoczesnym usunięciu kwestii budzących wątpliwości interpretacyjne. Jednoznacznie uregulowano zagadnienie odprowadzania składek jednego ubezpieczonego z różnych tytułów, w przypadku gdy zachodzą przesłanki objęcia ubezpieczeniem ze wszystkich tych tytułów. Również w przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego miejsca, ale w ramach jednego tytułu, wówczas składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od sumy wszystkich uzyskiwanych przychodów, co usunie ostatecznie spory co do realizacji tych przepisów, które powstawały w dotychczasowej praktyce. Niniejszy projekt proponuje obniżenie „wynagrodzenia" płatników składek z poziomu 0,1% do 0,05% odprowadzonej kwoty składek, które przysługuje w przypadku terminowego naliczenia i odprowadzenia składek oraz przekazania związanych z tym danych. Niewątpliwie przyjęcie powyższego rozwiązania wpłynie pozytywnie na wysokość środków przekazywanych Funduszowi na zakup świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych, a jednocześnie zapewni płatnikom odpowiednie „wynagrodzenie" za prawidłowe wywiązywanie się z ustawowych obowiązków.

Przepisy rozdziału 3 określają również prawa i obowiązki Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie ewidencjonowania oraz poboru składek na ubezpieczenie zdrowotne. Projekt proponuje zrównanie wynagrodzenia obu tych instytucji z tego tytułu do poziomu 0,25% kwoty składek przekazywanych do Funduszu, a od 1 stycznia 2006 r. kwoty zidentyfikowanych składek.

VI. Rozdział 4 – Narodowy Fundusz Zdrowia

Przepisy tego rozdziału stanowią zupełne novum w stosunku do obecnego stanu prawnego. Podstawą dla określenia struktury organizacyjnej Narodowego Funduszu Zdrowia były kapitałowe spółki handlowe. Jednak w związku ze specyfiką Funduszu, dokonano niezbędnych modyfikacji organów, tak aby przy zachowaniu szkieletu polegającego na jasnym rozgraniczeniu uprawnień nadzorczych i wykonawczych, zapewnić sprawne i przejrzyste działanie tych organów. W przepisach tego rozdziału precyzyjnie określono prerogatywy przysługujące poszczególnym organom Funduszu skupiając się na osiągnięciu celu, jakim jest centrala zapewniająca jednolitość funkcjonowania oddziałów wojewódzkich. Podkreślić należy, że uregulowania zawarte w tym rozdziale stanowią jedynie niezbędne ustawowe minimum, zaś szereg szczegółowych kwestii zostanie uregulowanych na poziomie aktów wewnętrznych Funduszu, co zapewni jego elastyczność w zmieniających się warunkach społeczno –

gospodarczych. Organami Funduszu są: Rada, Prezes oraz Zarząd. Jednostkami organizacyjnymi Funduszu będą oddziały wojewódzkie oraz centrala. W jednostkach organizacyjnych Funduszu planuje się wydzielenie specjalnych komórek organizacyjnych, które będą się zajmowały problematyką znajdującą się we właściwości Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych. Podkreślić należy, że przyjęcie rozwiązania polegającego na nadaniu Funduszowi, z mocy ustawy, osobowości prawnej pozwoli jego organom na duży poziom niezależności przy wypełnianiu ustawowych obowiązków. Jednocześnie Fundusz jako państwowa jednostka organizacyjna będzie podlegał rygorom ustawy o finansach publicznych oraz nadzorowi Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, których kompetencje zostały szczegółowo określone w przepisach rozdziału 13 projektu. Projekt zawiera zakaz dysponowania przez Fundusz jakimikolwiek uprawnieniami właścicielskimi lub podobnymi w stosunku do świadczeniodawców lub aptek, co zapewni podmiotom funkcjonującym na rynku usług zdrowotnych równowagę oraz uczciwą konkurencję. Istotną nowością, w stosunku do dotychczas obowiązujących przepisów jest kwestia powołania przy oddziałach wojewódzkich Funduszu organów o charakterze opiniodawczym – Rad Społecznych. Należy zauważyć, że skład Rad Społecznych stanowi urzeczywistnienie zasady włączenia jednostek samorządu terytorialnego w kształtowanie krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych. W ich skład wejdą także przedstawiciele zawodów medycznych, Szefa Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego oraz Komendanta Wojewódzkiego Policji. Wszystkim członkom Rad stawia się wysokie wymagania w zakresie ich kwalifikacji zawodowych oraz jakości wykształcenia. Szeroki dostęp do informacji dotyczących funkcjonowania Funduszu zapewnia obowiązek publikacji szeregu dokumentów w takich publikatorach, jak Monitor Polski B, biuletyn Funduszu oraz strony internetowe Ministerstwa Zdrowia i samego Funduszu.

VII. Rozdział 5 – Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego

W przepisach tego rozdziału znajdują się przepisy dotyczące uprawnień ubezpieczonych do świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, obowiązków

Funduszu oraz ministra właściwego do spraw zdrowia w tym zakresie. Prawa ubezpieczonych zostały umieszczone w szeregu następujących po sobie przepisach, co w znacznym stopniu zwiększa przejrzystość projektu ustawy. Projekt zapewnia świadczenie usług zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w ramach umów zawieranych i finansowanych ze środków Funduszu pochodzących ze składek ubezpieczonych. Świadczenia poza granicami kraju będą finansowane z budżetu państwa, a nadzór nad ich finansowaniem przyznany został ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Wszystkie świadczenia zdrowotne powinny odpowiadać wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej z uwzględnieniem możliwości finansowych Funduszu.

Projekt kładzie duży nacisk na działania profilaktyki medycznej, które będą realizowane przez Fundusz. Wyczerpująco reguluje się zagadnienie płatności za leki. Ze względu na szczególnie ciężką sytuację niektórych osób proponuje się wprowadzenie wydawania leków bezpłatnie lub za częściową odpłatnością. Uprawnienia takie posiadać będą osoby chorujące na choroby zakaźne lub psychiczne oraz osoby upośledzone umysłowo. Dotyczy to również Honorowych Dawców Krwi, inwalidów wojennych oraz poszczególnych członków ich rodzin, inwalidów wojskowych, a także żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, pełniących służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydatów na żołnierzy zawodowych i poborowych odbywających służbę zastępczą.

VIII. ROZDZIAŁ 6 – UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Przepisy rozdziału 6 projektu odnoszą się w sposób kompleksowy do zagadnienia zawierania przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami przy zachowaniu podstawowej zasady przejrzystości oraz jawności postępowania prowadzącego do wyłonienia świadczeniodawców, z którymi te umowy zostaną zawarte. Celowi temu służy określenie przez Zarząd Funduszu wzoru umów oraz ich obligatoryjnych elementów.

Projekt dopuszcza dwa tryby zawierania umów, przy czym za tryb podstawowy należy uznać konkurs ofert. Dopuszcza się, w ściśle określonych przypadkach,

zawarcie umowy w trybie rokowań. Ponadto, przepisy rozdziału 6 określają kryteria wyboru ofert, przyczyny ich odrzucenia, tryb działania komisji, a także kwestie dotyczące unieważnienia tych postępowań. Natomiast oferentom przyznano możliwość wnoszenia środków odwoławczych od decyzji Funduszu podejmowanych w związku z prowadzonymi postępowaniami. Do środków tych należą: protest, odwołanie oraz skarga do Sądu Okręgowego w Warszawie.

Do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, o ile ustawa nie stanowi inaczej. Są one, pod rygorem nieważności, zawierane w formie pisemnej. Projekt wprowadza zakaz zawierania umów na czas nieokreślony. W przypadku umów zawieranych na czas dłuższy niż 3 lata projekt daje Radzie Funduszu prawo ingerencji w postaci konieczności uzyskania zgody od tego organu. Uregulowano również tematykę związaną z wykonywaniem umów oraz ich modyfikacją w trakcie ich trwania, co stanowi istotne novum w stosunku do obowiązujących przepisów.

IX. Rozdział 7 – Zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych

Jest to kolejne novum w stosunku do obowiązującego ustawodawstwa, które realizuje dwa podstawowe cele:

1) długofalowe planowanie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych udzielanych ubezpieczonym,
2) włączenie w to planowanie jednostek samorządu terytorialnego.

Przedstawione powyżej cele są składowymi koncepcji budowania wieloletniej polityki zdrowotnej państwa pod nadzorem ministra właściwego do spraw zdrowia, a jednocześnie przy ścisłej współpracy z samorządem terytorialnym.

Przepisy rozdziału 7 dotyczą w głównej mierze trybu powstawania krajowego planu zabezpieczenia świadczeń. W sposób szczegółowy uregulowano terminy oraz etapy opracowywania tego planu, będącego wynikiem trwających wiele miesięcy procedur konsultacji i współpracy z organami samorządowymi oraz innymi właściwymi jednostkami, co zapewni pełny obraz faktycznego zapotrzebowania ubezpieczonych na usługi zdrowotne przy tworzeniu krajowego planu. Długofalowość i jasne określenie terminów tworzenia tego planu przyczynią się do zebrania maksymalnej ilości niezbędnych informacji oraz sprawnego przeprowadzenia poszczególnych etapów tworzenia tego planu.

Elementami, na których budowany będzie krajowy plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, są wojewódzkie plany zdrowotne opracowywane przez Sejmiki Województw. Plany te będą ustalać krótko- i długoterminowe priorytety w ochronie zdrowia oraz sposoby ich realizacji. Oddzielny plan dla służb mundurowych tworzony będzie wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra

Sprawiedliwości oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych dla jednostek i służb podległych tym ministrom, uwzględniając ich specyfikę. Szczegółowe warunki i zasady tworzenia powyższych planów określać będzie rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia przez co zapewniona będzie jednolitość kryteriów, na podstawie których plany te będą tworzone. Kolejnym etapem prac nad krajowym planem zabezpieczenia świadczeń będzie zaopiniowanie przez właściwe wojewódzkie oddziały Funduszu projektów planów, przedłożonych przez sejmiki województw. Projekt wprowadza mechanizm zabezpieczający przed niewykonaniem przez samorządy województw ustawowych zadań w tym zakresie. W przypadku zaistnienia takiej sytuacji wojewódzkie plany zostaną sporządzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu. Taki sam mechanizm wprowadza się w przypadku niesporządzenia przez właściwych ministrów projektu planu dla służb mundurowych. Na podstawie cząstkowych elementów, czyli projektów planów wojewódzkich i planu dla służb mundurowych jest sporządzany przez oddział Funduszu wojewódzki plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych. Na podstawie wojewódzkich planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych będzie powstawał projekt planu krajowego. Organem, który wykonuje czynności z tym związane jest Zarząd Funduszu. Taki plan powinien następnie zostać zatwierdzony przez Radę Funduszu. Na tym etapie projekt umożliwia wypowiedzenie się samorządom województw oraz właściwym ministrom co do projektu krajowego planu. Sejmiki województw oraz właściwi ministrowie otrzymują uprawnienia do wniesienia uwag do krajowego planu. Po zaopiniowaniu przez te organy projekt ponownie będzie opracowywany przez Zarząd, a następnie zatwierdzany przez Radę Funduszu. Ostatecznie zatwierdzony przez ministra plan kierowany będzie do publikacji. Projekt ustawy umożliwia wprowadzanie do planu, w trakcie roku, którego ten plan dotyczy, zmian wynikających ze szczególnych uwarunkowań zewnętrznych zaistniałych po ostatecznym zatwierdzeniu planu. Podmiotami uprawnionymi do wnioskowania o wprowadzenie zmian do planu są podmioty przygotowujące poszczególne jego elementy składowe.

Tworzenie planów zdrowotnych jest niezwykle ważnym elementem polityki zdrowotnej państwa, gdyż dzięki analizie sytuacji zdrowotnej obywateli możliwe staje się wyznaczenie priorytetowych, długo- i krótkookresowych celów tej polityki, których osiągnięcie umożliwi poprawę zdrowotności społeczeństwa. W planach zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych określone zostaną zasoby publiczne i niepubliczne, którymi dysponuje system ochrony zdrowia, niezbędne dla realizacji tej polityki.

Jednocześnie należy podkreślić, iż przygotowanie poszczególnych planów zdrowotnych nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla jednostek opracowujących te plany.

X.

XI. ROZDZIAŁ 8 – ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ramach tego rozdziału zamieszczono przepisy określające prawa i obowiązki świadczeniodawców w związku ze świadczonymi przez nich usługami na rzecz ubezpieczonych. Znalazły się tu również regulacje dotyczące przeprowadzania kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Przepisy rozdziału 8 zapewniają ubezpieczonym katalog uprawnień dotyczących:

1) wolności wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
2) świadczeń specjalistycznych na podstawie skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
3) świadczeń zdrowotnych udzielanych bez skierowania, w tym w związku ze zdarzeniami bezpośredniego zagrożenia życia lub porodu,
4) zaopatrzenia w leki i materiały medyczne,
5) zaopatrzenia ortopedycznego oraz w środki pomocnicze i techniczne środki lecznicze,
6) swobody wyboru lekarza stomatologa, pielęgniarki, położnej i innych świadczeniodawców.

Podkreślenia wymaga również prawo ubezpieczonego do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza lub felczera w dowolnym szpitalu, który podpisał umowę z Funduszem.

XII. Rozdział 9 – Gospodarka finansowa Funduszu

XIII.

Wszystkie zawarte w rozdziale przepisy umożliwiają zapewnienie transparentności gospodarki środkami publicznymi gromadzonymi i wydatkowanymi przez Fundusz. Jednoznacznie określono źródła przychodów Funduszu, jego koszty, strukturę środków w ramach Funduszu, zasady planowania wydatków przez Fundusz oraz sposób pokrywania straty i wydatkowania nadwyżki co nie powinno budzić w przyszłości wątpliwości interpretacyjnych. Co istotne, projekt określa instrumenty, w które Fundusz może inwestować wolne środki, tak aby były one najbardziej efektywnie pomnażane, a równocześnie aby było zapewnione zminimalizowanie ryzyka związanego z tym inwestowaniem oraz płynność finansowa Funduszu. Określa się również w sposób szczegółowy zasady lokowania środków ubezpieczonych tak, aby zapewnić ich maksymalne bezpieczeństwo, a jednocześnie rentowność.

XIV. Rozdział 10 – Przetwarzanie i ochrona danych

Postanowienia tego rozdziału zapewniają pełną kompatybilność projektu ustawy z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr

133, poz. 883, z późn. zm.) i nie wprowadza nowych jakości w tym zakresie. Przepisy tego rozdziału zapewniają Funduszowi niezbędny zakres danych, tak aby mógł on realizować swoje ustawowe kompetencje.

XV. Rozdział 11 –Uprawnienia kontrolne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego

Rozdział ten określa uprawnienia kontrolne i nadzorcze Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia w zakresie zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacenia składki na to ubezpieczenie. Nakłada się także na organy władzy publicznej obowiązek informowania Funduszu o stwierdzonych przypadkach naruszenia przepisów ustawy.

XVI. Rozdział 12 – Postępowanie w sprawach indywidualnych z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

W rozdziale tym zostały uregulowane kwestie dotyczące postępowania odwoławczego od decyzji Prezesa, a także innych organów Funduszu. W zakresie postępowań w sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego rolników i osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających emerytury lub renty rolnicze projekt odsyła do obowiązujących przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników.

XVII. Rozdział 13 – Nadzór nad realizacją powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego XVIII.

Projekt przyznaje uprawnienia nadzorcze nad działalnością Funduszu Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Organy te przejmą uprawnienia nadzorcze, które należały dotychczas do Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Otrzymają one na podstawie szeregu przepisów projektu efektywne instrumenty kontroli nad działalnością Funduszu, włącznie z poważnymi sankcjami, takimi jak nakładanie kar pieniężnych oraz

występowaniem o odwoływanie organów lub poszczególnych członków tych organów Funduszu.

Funkcje nadzorcze Komisji można podzielić na następujące grupy uprawnień:

1) stały nadzór ogólny pod względem przestrzegania przepisów prawa przez organa Funduszu,
2) nadzór nad gospodarką finansową Funduszu, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym,
3) badanie uchwał podejmowanych przez Zarząd i Radę Funduszu pod kątem zgodności z prawem,
4) stwierdzanie nieważności uchwał organów Funduszu w całości lub w części, w przypadku naruszania przez nie przepisów prawa lub stwarzania zagrożenia wystąpienia ujemnego wyniku finansowego Funduszu, z wyjątkiem tych uchwał, które będą zatwierdzane przez właściwych ministrów,
5) rozpatrywanie i zatwierdzanie rocznych sprawozdań finansowych Funduszu; w przypadku niezatwierdzenia tych sprawozdań, projekt proponuje surowe sankcje w postaci możliwości odwołania Prezesa Funduszu lub Zastępców Prezesa Zarządu.

Funkcje nadzorcze ministra właściwego do spraw zdrowia można podzielić na następujące grupy uprawnień:

1) nadzór nad działalnością Funduszu w zakresie zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
2) nadzór nad świadczeniodawcami w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór stosując kryterium celowości i rzetelności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym. Mając na uwadze zakres kompetencji nadzorczych ministra właściwego do spraw zdrowia nadzór ten można określić jako nadzór merytoryczny.

Z przedstawionych powyżej rozwiązań wynika, że nadzór sprawowany przez Komisję i ministra właściwego do spraw zdrowia nie będzie miał charakteru iluzorycznego. Dodatkowo penalizuje się w przepisach karnych ustawy niektóre zachowania sprzeczne z ustawą.

XIX. Rozdział 14 – Przepisy karne.

Omawiany rozdział zawiera również szereg przepisów regulujących postępowanie kontrolne dokonywane na podstawie upoważnienia ministra właściwego do spraw zdrowia. Ponadto projekt rozciąga uprawnienia kontrolne ministra na Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego określonych przepisami ustawy.

XX. Rozdział 15 – Zmiany w przepisach obowiązujących

Regulacja tego rozdziału dokonuje odpowiednich zmian w przepisach obowiązujących, co ma na celu uzgodnienie obowiązującego porządku prawnego z regulacją ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Rozdział ten zawiera zmiany w najważniejszych aktach prawnych.

W rozdziale tym natomiast nie została umieszczona nowelizacja rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 r. - Prawo upadłościowe (Dz. U. z 1991 r. Nr 118, poz. 512 z późn. zm.), ponieważ obecnie trwają w Sejmie prace legislacyjne nad projektem ustawy - Prawo upadłościowe, która ma zastąpić powołane powyżej rozporządzenie. Konieczne zmiany zostaną zatem wprowadzone na etapie prac legislacyjnych w Sejmie.

Ponadto w rozdziale tym znalazły się postanowienia regulujące finansowanie świadczeń zdrowotnych udzielnych osobom nieubezpieczonym.

XXI. Rozdział 16

XXII. Przepisy przejściowe i końcowe

Przepisy tego rozdziału można podzielić na trzy zasadnicze grupy:

1) przepisy związane z przekazaniem uprawnień nadzorczych nad krajowym systemem ubezpieczeń zdrowotnych z Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych na Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych,
2) przepisy dotyczące wstąpienia w dotychczasowe prawa i obowiązki kas chorych przez Fundusz oraz przekształcenia kas chorych w oddziały wojewódzkie Funduszu,
3) przepisy regulujące powołanie i działanie organów nadzorujących proces przekształcenia systemu kas chorych w system Funduszu.

Przepisy tego rozdziału, szczególnie w zakresie wymienionego wyżej pkt 3, mają na celu płynne przejście z systemu kas chorych na system Narodowego Funduszu

Zdrowia. Realizację tych rozwiązań zapewni minister wyposażony w odpowiednie kompetencje i działający przy pomocy właściwego organu ministerstwa.

Ustawa, poza częścią przepisów przejściowych, powinna wejść w życie z dniem 1 stycznia 2003 r. co zapewnia wystarczające vacatio legis na przygotowanie wykonania jej przepisów.

Wprowadzenie w życie niniejszego projektu powinno spowodować odczuwalną poprawę sytuacji ubezpieczonych poprzez zapewnienie rzeczywistego dostępu do świadczeń zdrowotnych. W wyniku przyjęcia projektu, zawarte w nim mechanizmy spowodują ustanowienie wysokich standardów świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców. Wprowadzona zostanie również w życie jednolita, długookresowa polityka zdrowotna państwa realizowana pod stałym nadzorem ministra właściwego do spraw zdrowia. Minister otrzyma prawne narzędzia faktycznego wpływu na kształtowanie i kontrolę wykonywania tej polityki, co jednocześnie urzeczywistni normy zawarte w art. 68 Konstytucji.

XXIII. Ocena skutków społeczno-gospodarczych wprowadzenia ustawy o ubezpieczeniu w narodowym funduszu zdrowia

I. PODMIOTY, NA KTÓRE ODDZIAŁUJE PROJEKTOWANA REGULACJA USTAWY O UBEZPIECZENIU W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

Zakres regulacji projektu ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia obejmuje:

1) ubezpieczonych – świadczeniobiorców,
2) świadczeniodawców,
3) płatnika za świadczenia zdrowotne – Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ubezpieczonymi są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy z prawem do pracy, karty pobytu, jeżeli

osoby te podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie (art. 6 ustawy).

Katalog osób , które mogą ubezpieczać się w Funduszu został rozszerzony w art. 7 ustawy o osoby niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia. Są to osoby:

- cudzoziemcy – studenci i słuchacze studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, a także absolwenci, którzy odbywają na terytorium RP obowiązkowy staż,
- cudzoziemcy – członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej oraz posiadający kartę stałego pobytu lub kartę czasowego pobytu.

Całokształt regulacji ustawy, a w szczególności rozdziały 5 i 8 zmierzają do zapewnienia ubezpieczonym jak najpełniejszego dostępu do świadczeń zdrowotnych i leków.

Założenia, jakie zostały przyjęte przy opracowywaniu projektu ustawy zmierzają w pierwszej kolejności do uporządkowania zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Prowadzić ma to do ujednolicenia standardów opieki zdrowotnej nad ubezpieczonymi niezależnie od miejsca zamieszkania.

Całokształt regulacji ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zmierza do poprawy sytuacji ubezpieczonych, poprzez zmianę zasad funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Założenie to stanowi *„ratio legis”* projektowanej regulacji.

Świadczeniodawcami mogą być:

1) zakłady opieki zdrowotnej wykonujące zadania określone w statucie,
2) grupowe praktyki lekarskie,
3) grupowe praktyki pielęgniarek lub położnych,
4) osoby wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki lekarskiej,

5) osoby fizyczne, które nie mogą udzielać świadczeń zdrowotnych w wymienionych wcześniej formach, a uzyskały fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udzielają ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

Projektowane regulacje prawne nie zmieniają w swej istocie sytuacji świadczeniodawców w stosunku do tej jaka jest przyjęta w dotychczasowym modelu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Zachowany zostaje szeroki katalog podmiotów, które mogą zawierać umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Funduszem. Projektowana regulacja zapewnia również zachowanie zasad równego traktowania świadczeniodawców .

XXIV. II. KONSULTACJE SPOŁECZNE

Projektowana ustawa o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia stanowi fundamentalną regulację prawną systemu zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych (systemu ochrony zdrowia).

Wprowadzenie regulacji ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia wymagało zatem przeprowadzenia konsultacji społecznej z podmiotami uczestniczącymi w systemie ochrony zdrowia.

W tym celu, w ramach przeprowadzanych uzgodnień międzyministerialnych, do konsultacji na projektem ustawy zaproszeni zostali przedstawiciele:

- samorządu lekarskiego,
- samorządu pozostałych zawodów medycznych,
- samorządu aptekarskiego.

Projektowana regulacja przewiduje aktywną rolę samorządu województwa, który stanie się istotnym podmiotem w zakresie określania potrzeb zdrowotnych obywateli, w związku z czym przedstawiciele organów samorządu województwa uczestniczyli w konsultacjach. Konsultacja w tym zakresie została przeprowadzona również w ramach Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Zakresem konsultacji społecznej objęto w szczególności regulacje prawne dotyczące organizacji świadczeń zdrowotnych oraz mające wpływ na sytuacje podmiotów uczestniczących w systemie ochrony zdrowia.

XXV. ANALIZA SKUTKÓW FINANSOWYCH WPROWADZENIA USTAWY O UBEZPIECZENIU W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

1. Wpływ regulacji na budżet państwa.

Wprowadzenie w życie ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia nie spowoduje dodatkowych wydatków finansowych z budżetu państwa, ponieważ:

- utrzymana zostanie wysokość składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w stosunku do obecnie obowiązującej,
- projekt ustawy obejmuje obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniących służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydatów na żołnierzy zawodowych i poborowych odbywających służbę zastępczą, składka na ubezpieczenie zdrowotne za te osoby opłacana będzie przez Ministra Obrony Narodowej; podstawą wymiaru składki za te osoby jest wysokość zasiłku stałego z pomocy społecznej, szacunkowe koszty związane ze sfinansowaniem tej składki wynosić będą ok. 30 mln zł, a środki te pozostają obecnie w budżecie MON z przeznaczeniem na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych dla tej grupy osób,
- opracowywanie planów zdrowotnych przez podmioty do tego zobowiązane będzie realizowane w ramach ich ustawowych kompetencji,
- sprawowanie nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia powierzone zostanie Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w miejsce likwidowanego z dniem 1 stycznia 2003 r. Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych – koszty sprawowania nadzoru nie przekroczą wydatków ponoszonych dotychczas przez UNUZ (5,9 mln zł w 2002 r. wg ustawy budżetowej na rok 2002),
- w projekcie ustawy budżetowej na rok 2003 w części – 83 w pozycji 67 rezerwy celowej zarezerwowano środki finansowe na nadzór nad powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym w wysokości 5,5 mln zł. z czego ok. 1,8 mln zł.

zostanie przeznaczone dla Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, pozostała kwota dla Ministra Zdrowia,

- zadania ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie organizacji Narodowego Funduszu Zdrowia wykonywać będzie właściwa jednostka organizacyjna podległa Ministrowi Zdrowia, która finansowana będzie w ramach planu wydatków na 2002 r. w części 46 – Zdrowie (ok. 700 tys. zł).

Koszty funkcjonowania Funduszu będą w 2003 r. zbliżone do kosztów funkcjonowania Kas Chorych w 2003 r., tj. wyniosą ok. 360 mln zł. W ramach tych kosztów sfinansowane zostaną wydatki związane z:

- funkcjonowaniem Rady Funduszu oraz Rad Społecznych przy oddziałach wojewódzkich Funduszu koszty będą niższe niż wydatki ponoszone obecnie przez regionalne kasy chorych na funkcjonowanie Rad (finansowanie tylko diet i kosztów podróży bez wynagrodzeń za posiedzenia - w przypadku Rad Społecznych),
- utworzeniem w ramach systemów informacyjnych Funduszu Centralnego Rejestru Ubezpieczonych,
- restrukturyzacją zatrudnienia,
- utworzeniem i funkcjonowaniem centrali funduszu.

2. Wpływ na rynek pracy

Wejście w życie ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia nie będzie miało wpływu na rynek pracy. Poza materią ustawową pozostają zagadnienia związane z zagadnieniami regulacji rynku pracy.

Ustawa nie przewiduje ponadto dodatkowych obowiązków dla pracodawców, co mogłoby mieć wpływ na wzrost kosztów pracy. Przewidziane w ustawie obowiązki pracodawców są analogiczne do przyjętych w dotychczasowym modelu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Mają one charakter niezbędny dla prawidłowego funkcjonowania systemu.

3. Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Proponowana regulacja ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia wywiera pozytywny wpływ na konkurencyjność podmiotów uczestniczących w systemie ochrony zdrowia (świadczeniodawców).

Podstawowe znaczenie w tym zakresie ma regulacja rozdziału 6 ustawy. Przewidziane w tym rozdziale regulacje prawne zapewniają bowiem wybór najkorzystniejszej oferty spośród ofert złożonych przez poszczególnych uczestników postępowania o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Przyjęta definicja najkorzystniejszej oferty (art. 5 pkt 11) uwzględnia specyfikę świadczeń zdrowotnych i kryteria jakie powinny być brane pod uwagę przy dokonywaniu ocen złożonych ofert.

W celu zapewnienia funkcjonowania mechanizmów konkurencyjności przy dokonywaniu wyboru świadczeniodawców, z którymi zawierane będą umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, wprowadzone zostały odpowiednie tryby zawierania umów (art. 80 ustawy).

Projekt ustawy przewiduje dwa tryby zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Podstawowym trybem jest tryb ofertowy, natomiast w enumeratywnie wymienionych przypadkach dopuszcza się zawieranie umów w drodze rokowań.

Wyłanianie świadczeniodawców w drodze konkursu ofert jest prowadzone od trzech lat w związku z czym nie należy przewidywać gwałtownych negatywnych skutków w postaci ograniczania zatrudnienia w porównaniu ze stanem obecnym.

W celu zapewnienia ochrony praw uczestników postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w ustawie przewidziane zostały środki odwoławcze od decyzji Funduszu, wydanych w czasie prowadzonego postępowania. Ponadto zasadą wyrażoną w ustawie jest zasada jawności umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (art. 73 ustawy), co zapewnia wzmocnienie kontroli zawierania umów przez poszczególnych oferentów.

Całokształt przepisów projektowanej ustawy zapewnia zatem pełną ochronę zasad konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami.

4. Wpływ na sytuację i rozwój regionalny

Projektowana ustawa nie wywiera bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

Należy jednak zwrócić uwagę, iż wprowadzany model powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego likwiduje występujące w dotychczasowym modelu zróżnicowania w dostępności do świadczeń zdrowotnych pomiędzy poszczególnymi regionami kraju poprzez wprowadzenie jednego podmiotu pełniącego funkcje płatnika za świadczenia zdrowotne oraz ujednolicenie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

W związku z powyższym wskazać należy, iż projektowana regulacja wywiera pośrednio pozytywny wpływ na sytuację regionalną.

XXVI. IV. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Zgodnie z przyjętym modelem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego świadczenia zdrowotne na rzecz ubezpieczonych finansowane są ze środków własnych Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym celu Fundusz gromadzi środki finansowe, pochodzące ze składek na ubezpieczenia zdrowotne, i zarządza nimi.

XXVII. V. SKUTKI PRAWNE REGULACJI

Projektowana ustawa o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia uchyla obowiązującą ustawę z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Na mocy uchylanej ustawy ustanowione zostało powszechne ubezpieczenie zdrowotne.

Ustawa o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia utrzymuje w mocy powszechne ubezpieczenie zdrowotne (art. 1 pkt 1 ustawy) i przejmuje w tym zakresie regulacje ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Wprowadza natomiast zasadniczą zmianę w organizacji płatników za świadczenia zdrowotne.

Dotychczas instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego były kasy chorych, które z dniem wejścia w życie ustawy przekształcą się w Narodowy Fundusz Zdrowia. Zlikwidowana zostaje zatem wielość płatników za świadczenia zdrowotne poprzez przejęcie tej funkcji przez jeden podmiot.

Dokonywana zmiana prowadzi do stworzenia możliwości ujednolicenia zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych i zlikwidowania różnic w dostępności do świadczeń zdrowotnych występujących pomiędzy poszczególnymi regionami kraju.

XXVIII. VI. ZGODNOŚĆ REGULACJI Z PRAWEM UNIII EUROPEJSKIEJ

Regulacja ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.

SEKRETARZ
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE SPRAW ZAGRANICZNYCH

Prof. dr hab. Danuta Hübner
Sekr. Min. DH/3062/2002/DPE-im, gl

Warszawa, 30. 09. 2002r.

Pan
Aleksander Proksa
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia o zgodności projektu ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, 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 Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Minister Danutę Hübner, działającą z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej.

Szanowny Panie Ministrze,

W związku z przedłożonym projektem ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (pismo nr RM-10-198-02), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

I. Celem przedłożonego projektu ustawy jest określenie zasad powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego realizowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, praw i obowiązków ubezpieczonego, zasad i trybu zgłoszeń do ubezpieczenia, zasad ustalania wysokości, i rozliczania składek oraz prowadzenia ewidencji ubezpieczonych, jak również określenie organizacji i zasad działania Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem art. 221 projektu, z chwilą wejścia w życie projektowanej regulacji traci moc ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 z późn.zm.).

II. Art. 6 przedłożonego projektu ustawy stanowi, że ubezpieczonymi w Narodowym Funduszu Zdrowia są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy uprawniającej do podjęcia pracy, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na czas oznaczony, jeżeli podlegają

obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego bądź ubezpieczają się dobrowolnie. Cudzoziemcy mogą zatem uzyskać status ubezpieczonego na gruncie projektowanej ustawy wyłącznie w przypadku, gdy ich pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest udokumentowany posiadaniem jednego z ww. dokumentów. Zgodnie z art. 7 ust. 1 projektu ustawy ubezpieczeniu podlegają również cudzoziemcy będący studentami, członkami zakonów oraz alumnami wyższych seminariów duchownych i teologicznych oraz członkami rodzin osób nie posiadających obywatelstwa polskiego, o których mowa w projektowanym art. 6. Należy również stwierdzić, iż zgodnie z zaproponowanym brzmieniem art. 8 projektu ustawy, w Funduszu nie mogą się ubezpieczać cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe stanowią inaczej.

Rzeczowe świadczenia medyczne, objęte regulacją projektowanej ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, podlegają zasadom koordynacji sformułowanym w przepisach Rozporządzenia Rady Nr 1408/71/EWG z dnia 14 czerwca 1971 r. o stosowaniu systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz członków ich rodzin zmieniających miejsce pobytu w granicach Wspólnoty (Dz. Urz. WE Nr L 149, 05.07.71) oraz uzupełniającego je Rozporządzenia Rady Nr 574/72/EWG z dnia 21 marca 1972 r. o ustaleniu sposobów stosowania rozporządzenia Nr 1408/71/EWG dotyczącego stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz członków ich rodzin zmieniających miejsce pobytu na obszarze Wspólnoty (Dz. Urz. WE Nr L 74, 27.03.72). Oznacza to, iż analizowany projekt ustawy powinien podlegać ocenie zgodności z zasadą niedyskryminacji sformułowaną w art. 3 ww. aktu wspólnotowego prawa pochodnego, w świetle której osoby mieszkające na terytorium jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej, objęte zakresem podmiotowym Rozporządzenia Rady Nr 1408/71/EWG, podlegają obowiązkom i korzystają z praw wynikających z ustawodawstw krajowych każdego z państw członkowskich na tych samych warunkach, co obywatele tego państwa. Rozporządzenie, o którym mowa powyżej, stanowi zatem podstawę prawną dla włączenia się pracownika migrującego lub innej osoby będącej beneficjentem ww. regulacji do systemu ubezpieczenia (tu: zdrowotnego) państwa członkowskiego, do którego pracownik ten udaje się w celu

podjęcia pracy po raz pierwszy. Mimo zatem braku harmonizacji zasad i warunków afiliacji do poszczególnych systemów zabezpieczenia społecznego, jak również rodzajów i charakteru udzielanych w ich ramach świadczeń, na poziomie Wspólnoty, państwa członkowskie zobowiązane są do zapewnienia możliwości ich realizacji przez obywateli pozostałych państw członkowskich. Innymi słowy, poszczególne państwa członkowskie korzystając z pełnej swobody określenia warunków afiliacji do krajowych systemów zabezpieczenia społecznego winny zapewnić ich równe obowiązywanie oraz stosowanie wobec obywateli własnych oraz obywateli posiadających obywatelstwo pozostałych państw Wspólnoty.

W rozdziale 16 opiniowanego projektu ustawy, zawierającym przepisy przejściowe i końcowe wprowadza się przepis (art. 212), zgodnie z którym z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w UE w stosunku do osób posiadających obywatelstwo państw członkowskich UE znosi się warunek posiadania wizy uprawniającej do podjęcia pracy, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony. Intencją ww. przepisu jest więc zachowanie zasady równego traktowania obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej z osobami posiadającymi obywatelstwo polskie w zakresie dostępu do ubezpieczenia zdrowotnego zarówno obowiązkowego – jeśli pracownik migrujący lub inna uprawniona osoba podejmuje na terytorium RP pracę po raz pierwszy lub wskazuje polski system jako właściwy – oraz dobrowolnego. Należy jednakże zaznaczyć, iż konstrukcja art. 7 ust 2 projektu ustawy (w związku z zawartym w nim zastrzeżeniem art. 9 ust. 2) nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, czy wszyscy członkowie rodzin pracowników i osób pracujących na własny rachunek objęci będą ubezpieczeniem w Narodowym Funduszu Zdrowia, tak jak wynika to z zakresu podmiotowego Rozporządzenia Rady Nr 1408/71/EWG.

Należy podkreślić, iż przedstawiona powyżej analiza dotyczy jedynie zakresu podmiotowego projektowanej ustawy i nie wyczerpuje wszystkich uwag do przedłożonego projektu w związku z regulacją wspólnotową w obszarze koordynacji zabezpieczenia społecznego. Realizacja procedur koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, wynikających z Rozporządzenia Rady Nr 1408/71/EWG, wymagać będzie ponadto na gruncie zaproponowanego projektu szeregu zmian w zaproponowanym zakresie przedmiotowym ubezpieczenia, w szczególności zaś w

zakresie procedur kierowania ubezpieczonego na leczenie w innym państwie członkowskim oraz zasad zaopatrzenia w leki i materiały medyczne osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Propozycje zmian w powyższym zakresie wybiegają jednak poza ramy analizy prawnej i wymagają kompleksowej analizy proceduralno-instytucjonalnej, uwzględniającej całość ustawodawstwa polskiego w obszarze zabezpieczenia społecznego, mającej na celu wypracowanie skutecznych rozwiązań umożliwiających pełną realizację zobowiązań wynikających z Rozporządzenia Rady Nr 1408/71/EWG. Konieczna zmiana zakresu przedmiotowego projektu ustawy powinna być zatem zaproponowana przez resort odpowiedzialny za ww. *acquis* w porozumieniu z pozostałymi instytucjami uczestniczącymi w pracach Zespołu A powołanego w oparciu o postanowienia Umowy bliźniaczej pomiędzy Polską i Szwecją w ramach Programu Phare-Consensus "Włączenie polskiego systemu zabezpieczenia społecznego do wspólnotowego systemu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego - przygotowania do zadań koordynacyjnych".

Rozdział negocjacyjny w obszarze *„Swobodny przepływ osób"*, obejmujący m.in. problematykę koordynacji zabezpieczenia społecznego, został tymczasowo zamknięty na sesji negocjacyjnej 21 grudnia 2001 roku bez zapisów dotyczących zaakceptowanych okresów przejściowych. Powyższe oznacza, iż – zgodnie z brzmieniem stanowiska negocjacyjnego w ww. obszarze – pełna implementacja przepisów prawa wspólnotowego w ww. obszarze, w tym przygotowanie legislacyjne do stosowania regulacji Rozporządzenia Rady Nr 1408/71/EWG nastąpi z dniem 31 grudnia 2002 roku, tj. wraz z upływem daty wskazanej przez Rząd Rzeczypospolitej Polskiej jako datę gotowości Polski do członkostwa w Unii Europejskiej.

III. Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem Rozdziału 5 przedłożonego projektu ustawy, leki podstawowe oraz uzupełniające, umieszczone w wykazach, o których mowa w art. 58 ust 5 pkt 1 przedłożonego projektu ustawy, są wydawane ubezpieczonym za odpłatnością ryczałtową. W świetle projektowanej regulacji zgodnie z art. 62 projektu, umieszczenie leków i materiałów medycznych w ww. wykazach odbywa się na wniosek ich wytwórcy lub importera. Wnioski, złożone przez ww. osoby rozpatruje Zespół do Spraw Gospodarki Lekami, działający na podstawie art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 2001 roku o cenach (Dz.U. Nr 97, poz. 1050). W przypadku nieuwzględnienia wniosku przez ww. Zespół, wnioskodawca może w terminie 14 dni zwrócić się do

ministra właściwego do spraw zdrowia o jego ponowne rozpatrzenie. **Od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia przysługuje skarga do sądu administracyjnego.**

Przedstawiona powyżej procedura wymaga porównania z Dyrektywą Rady 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 roku w sprawie przejrzystości przepisów regulujących politykę cen na produkty medyczne do użytku przez człowieka oraz włączenia w ich zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (Dz.Urz. WE Nr L 40, 11.02. 89). Zgodnie z postanowieniami ww. dyrektywy, odmowa dokonania wpisu do wykazu leków powinna być uzasadniona oraz powinna zawierać informację o przysługujących od niej środkach odwoławczych. W świetle orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie *Komisja przeciw Austrii* (sprawa nr C-424/99 z 2001 roku), powyższy wymóg oznacza *de facto* obowiązek państwa członkowskiego do zagwarantowania uprawnionemu możliwości skorzystania z procedury odwoławczej do niezależnego organu, a fakt istnienia zależności pomiędzy podmiotem odwoławczym a podmiotem wydającym decyzję w sprawie wpisu do wykazu leków lub w sprawie ich cen, stanowi nieprawidłową implementację Dyrektywy Rady 89/105/EWG. Trybunał stwierdził również, iż procedurą odwoławczą, pożądaną z punktu widzenia realizacji wymogów ww. regulacji wspólnotowego prawa pochodnego, jest procedura sądowa. **Należy zatem zauważyć, iż w obecnej wersji projektu ustawy została ustanowiona zgodna z ww. dyrektywą procedura odwoławcza – art. 62 ust. 5 przewiduje bowiem możliwość zaskarżenia decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia do sądu administracyjnego.**

IV. Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem art. 77 przedłożonego projektu ustawy, przy zawieraniu pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych. Projekt ustawy wprowadza własne tryby zawierania ww. umów, tj. konkurs ofert i rokowania, jak również określa kryteria wyboru ofert, wskazuje katalog dopuszczalnych przyczyn ich odrzucenia, tryb działania komisji przetargowej oraz warunki wnoszenia przez oferentów środków odwoławczych. Zgodnie z brzmieniem art. 79 i 86 projektu ustawy, Fundusz zobowiązany jest do traktowania na równych prawach wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie

uczciwej konkurencji. Wyniki konkursów ofert podlegają publikacji na stronie internetowej oraz tablicy informacyjnej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Od postanowień dotyczących rozstrzygnięcia postępowania przysługują świadczeniodawcy określone w projekcie środki odwoławcze.

V. Kwestie dotyczące zamawiania usług zdrowotnych w prawie Unii Europejskiej zostały uregulowane w Dyrektywie Rady 92/50/EWG z 18 czerwca 1992 r. dotyczącej koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na usługi (Dz. Urz. WE nr L 209 z 9. 07. 1992 r.). Ww. regulacja wspólnotowego prawa pochodnego określa warunki, które muszą spełniać krajowe procedury zamówień publicznych, których wartość przewyższa określoną w jej przepisach wysokość kwotową. W każdym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego – bez względu na jego przedmiot – zamawiający zobowiązany jest przestrzegać zasady niedyskryminacji oferentów (por. art. 3 ust. 2 dyrektywy 92/50/WE).

Dyrektywa Rady 92/50/EWG w art. 9 wprowadza odrębną, uproszczoną procedurę udzielania zamówień na niektóre typy usług, w tym usługi zdrowotne (kategoria 25 usług wymieniona w Załączniku IB do dyrektywy 92/50). Zgodnie z tą procedurą zamawiający zobowiązany jest do:

1) umieszczania w dokumentacji ogólnej lub dokumentacji umownej każdego zamówienia specyfikacji technicznych, o których mowa w Załączniku II Dyrektywy 92/50/WE, z pominięciem takich specyfikacji, które odnosząc się do produktów określonej produkcji, pochodzenia lub produkowanych w określony sposób, skutkują uprzywilejowaniem lub eliminacją pewnych wykonawców, chyba że jest to uzasadnione przedmiotem zamówienia (art. 14 ww. dyrektywy), oraz

2) przesyłania ogłoszenia o wynikach przeprowadzonego postępowania do Urzędu Publikacji Dzienników Urzędowych Wspólnot Europejskich, z adnotacją o zgodzie lub braku zgody na ich publikację (art. 16 ww. dyrektywy).

Analiza przedłożonego projektu ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia pozwala na stwierdzenie, iż projektodawca zagwarantował w ramach zaproponowanego Rozdziału 6 realizację zasady niedyskryminacji oferentów. Z kolei, poprzez odesłanie w art. 77 ust. 2 przedłożonego projektu ustawy do przepisu art. 17 ustawy o zamówieniach

publicznych zapewniono stosowanie wspólnotowych reguł formułowania opisów przedmiotu zamówienia w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych. W myśl art. 93 ust. 6 projektu ustawy, od dnia przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zobowiązany będzie do przesyłania do publikacji w Dzienniku Urzędowym Wspólnot Europejskich ogłoszenia o wynikach przeprowadzonego postępowania. Należy przy tym zauważyć, że ogłoszenia przesyłane do publikacji w Dzienniku Urzędowym Wspólnot Europejskich powinny odpowiadać formularzom określonym w Załącznikach III i IV do Dyrektywy 92/50/WE.

Regulacja przedłożonego projektu ustawy w zakresie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga ponadto analizy w zakresie zgodności z regulacją Dyrektywy Rady 89/665/EWG z dnia 21 grudnia 1989 r. koordynującej przepisy i regulacje administracyjne dotyczące stosowania procedur odwoławczych w udzielaniu zamówień publicznych (Dz. Urz. WE nr L 395 z 30. 12. 1989). Zgodnie z brzmieniem art. 2 ust. 8 ww. regulacji wspólnotowego prawa pochodnego, w sytuacji, w której podmiot odpowiedzialny za przeprowadzanie procedur odwoławczych nie ma charakteru sądowego, podejmowane przez niego decyzje powinny podlegać zaskarżeniu do organu sądowego, niezależnego zarówno od zamawiającego jak i podmiotu odwoławczego. Powyższy wymóg został zagwarantowany w art. 96 ust. 6; stanowi on bowiem, że świadczeniodawcy, którego odwołanie nie zostało uwzględnione, przysługuje skarga do Sądu Okręgowego w Warszawie. **Należy zatem stwierdzić, iż w powyższym zakresie przedłożony projekt ustawy jest zgodny z regulacją Dyrektywy Rady 89/665/EWG.**

VI. **W konkluzji pozwalam sobie stwierdzić, iż przedłożony projekt ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.**

Z poważaniem,

Z up. Sekretarza Komitetu
Integracji Europejskiej
PODSEKRETARZ STANU
Jarosław Pietras

Do uprzejmej wiadomości:
Pan Mariusz Łapiński
Minister Zdrowia

projekt

ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW

z dnia ..... 2002 r.

w sprawie trybu zgłaszania kandydatów na członków Rady Narodowego Funduszu Zdrowia oraz regulaminu działania Rady i sposobu wynagradzania jej członków.

Na podstawie art. 42 ust. 9 ustawy z dnia ..... o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr ...., poz. ....) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa tryb zgłaszania kandydatów na członków Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanej dalej „Radą" oraz regulamin działania Rady i wynagradzania jej członków.

§ 2.1. Członkowie Rady są powoływani przez Prezesa Rady Ministrów, na wniosek organów, o których mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia .....o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr ..... poz. .....) zwanej dalej „ustawą", złożony co najmniej na miesiąc przed upływem kadencji poprzedniej Rady.

2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 wraz uzasadnieniem i zgodą kandydata na pełnienie funkcji członka Rady, składa się na piśmie.

§ 3. Regulamin działania Rady określa załącznik do rozporządzenia.

§ 4. Członkom Rady przysługuje miesięczne wynagrodzenie w wysokości miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „ Monitor Polski".

§ 5. Terminu, o którym mowa w § 2. ust. 1 nie stosuje się w przypadku powołania na pierwszą kadencję.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2003 roku.

MINISTER ZDROWIA

Załącznik

REGULAMIN RADY NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Regulamin określa sposób zwoływania posiedzeń, tryb pracy i podejmowania uchwał Rady.

§ 1. Pracami Rady kieruje jej Przewodniczący.

§ 2. 1. Posiedzenia Rady zwoływane są w razie potrzeby, lecz nie rzadziej niż raz na trzy miesiące.

2. Posiedzenia Rady zwołuje Przewodniczący z własnej inicjatywy lub na pisemny wniosek co najmniej czterech członków Rady.

§ 4. 1. Posiedzenie Rady odbywa się najpóźniej w terminie 14 dni od złożenia wniosku, o którym mowa w § 2 ust. 2.

2. Przewodniczący Rady zawiadamia wszystkich jej członków o terminie posiedzenia, nie później niż na 7 dni przed wyznaczonym terminem.

3. Przewodniczący przesyła członkom porządek obrad oraz niezbędne dokumenty dotyczące spraw będących przedmiotem posiedzenia.

4. W przypadkach nie cierpiących zwłoki posiedzenie Rady może być zwołane w terminie 3 dni od złożenia stosownego wniosku Przewodniczącemu. W takim przypadku ust. 3 nie stosuje się.

§ 5. 1. Uchwały Rady podejmowane są zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej połowy składu Rady.

2. Głosowanie jest jawne, z zastrzeżeniem § 1 ust. 2.

3. W przypadku równego podziału głosów decyduje głos Przewodniczącego Rady.

4. Uchwały podpisuje Przewodniczący Rady.

§ 6. 1. Z posiedzenia Rady sporządza się protokół.

2. Protokół powinien zawierać:

1) numer kolejny,

2) datę i miejsce posiedzenia,
3) porządek obrad,
4) listę osób obecnych,
5) treść podjętych uchwał wraz z wynikiem głosowania,
6) zdanie odrębne, w przypadku jego zgłoszenia.

3. Członkowi Rady przysługuje prawo zgłoszenia uwag do treści protokołu rozpatrywanych na kolejnym posiedzeniu.

Uzasadnienie

Przedkładane rozporządzenie jest wykonaniem delegacji ustawowej zawartej w art. 42 ust. 8 ustawy z dnia ..... o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Rozporządzenie określa tryb zgłaszania kandydatów na członków Rady Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zasady działania Rady i zasady wynagradzania jej członków.

Zgodnie z przepisem § 2 członkowie Rady powoływani są przez Prezesa Rady Ministrów, na wniosek upoważnionych organów. Wniosek ten musi być złożony na miesiąc przed rozpoczęciem kadencji rady. Dodatkowo wymaga się, aby do wniosku dołączone zostały uzasadnienie oraz pisemna zgoda kandydata na członka rady na kandydowanie.

W przedmiotowym rozporządzeniu została uregulowana również kwestia wynagrodzenia członków Rady. Wynagrodzenie to zostało określone na poziomie jednego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Rozwiązanie takie nawiązuje do przepisów Rozporządzenia rady Ministrów z dnia 9 września 1997 roku w sprawie szkoleń i egzaminów dla kandydatów na członków rad nadzorczych spółek, w których Skarb Państwa jest jedynym akcjonariuszem, oraz wynagrodzeń członków rad nadzorczych tych spółek. Dz. U. z 1997 r. Nr 110 poz. 718.

Ocena Skutków Regulacji
projektu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie trybu zgłaszania kandydatów na członków Rady Nadzorczej Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zasad działania Rady i wynagradzania jej członków.

1. Konsultacje

Projekt rozporządzenia będzie konsultowany w ramach uzgodnień międzyministerialnych a także rozesłany będzie do organizacji samorządu zawodowego i związków zawodowych pracowników i pracodawców ochrony zdrowia.

2. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu i sektora publicznego

Przyjęcie rozporządzenia nie wpłynie na budżety jednostek rządowych i samorządowych,

3. Wpływ regulacji na rynek pracy

Rada Nadzorcza Narodowego Funduszu Zdrowia stanie się miejscem pracy dla 15 osób.

4. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Brak wpływu

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Brak wpływu.

.