USTAWA
z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Opracowano na podstawie: tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570, Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278, Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842 i Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578, Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203, Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, poz. 1016, 1342, 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646, 1650, z 2014 r. poz. 24.

DZIAŁ I
Przepisy ogólne

Rozdział 1
Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz objaśnienia określeń ustawowych

Art. 1.

Ustawa określa:

1) warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) zasady i tryb finansowania świadczeń, o których mowa w pkt 1;

2a) zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;

3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;

4) zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;

5) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 5, str. 72, z późn. zm.), rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającego rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1);

6) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”;

6a) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych, zwanej dalej „Agencją”;

7) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń, o których mowa w pkt 1.

Art. 2.

1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:
   1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”,
   2) inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,
   3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby posiadające obywatelstwo polskie:
      a) które nie ukończyły 18. roku życia, lub
      b) posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu

   – zwane dalej „świadczeniobiorcami”.
2. Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

Art. 3.

1. Ubezpieczonymi są:
   1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),
   [2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 53a ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006 r. Nr 234, poz. 1694, z późn. zm.[1)]), zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystające z ochrony czasowej na jej terytorium,]

Nowe brzmienie pkt 2 w ust. 1, pkt 2 w ust. 2 oraz dodane pkt 2a w ust. 1 i 2a w ust. 2 w art. 3 wejdą w życie z dn. 1.05.2014 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1650).

[1)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 120, poz. 818 i Nr 164, poz. 1170 oraz z 2008 r. Nr 70, poz. 416, Nr 180, poz. 1112 i Nr 216, poz. 1367.

<2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub Konfederacji Szwajcarskiej, które przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650), zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany,>

<2a) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,>

3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)

– jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68;

4) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:

a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, z późn. zm.[2)]),

b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2008 r. Nr 50, poz. 291, Nr 67, poz. 411 i Nr 70, poz. 416).

2. Ubezpieczonymi są także:

1) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3,

[2) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Han-

[2)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 17, poz. 95, Nr 21, poz. 125, Nr 112, poz. 769, Nr 115, poz. 791, 792 i 793 i Nr 176, poz. 1243 oraz z 2008 r. Nr 63, poz. 394, Nr 67, poz. 411 i Nr 141, poz. 888.

dlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany, lub osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,]

<2) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy, którzy nie posiadają obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i nie są osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany,>

<2a) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,>

3) odbywający staż adaptacyjny,

4) odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach o szkolnictwie wyższym, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3

– jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68;

5) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

6) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2, zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3.

Art. 4.

Ubezpieczeniu nie podlegają, z zastrzeżeniem art. 3, 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. 5.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

1) ambulatoryjna opieka zdrowotna – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;

2) apteka – aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny, z którymi Fundusz zawarł umowę na wydawanie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego objętych refundacją;

2a) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów;

3) członek rodziny – następujące osoby:

a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, 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) felczer ubezpieczenia zdrowotnego – felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

5) inwalida wojenny lub wojskowy – 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, z późn. zm.[3)]);

[3)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 181, poz. 1515, z 2003 r. Nr 56, poz. 498 i Nr 210, poz. 2036, z 2004 r. Nr 121, poz. 1264, Nr 191, poz. 1954, Nr 210, poz. 2135 i Nr 281, poz. 2779, z 2005 r. Nr 10, poz. 65 oraz z 2007 r. Nr 82, poz. 559.

5a) cywilna niewidoma ofiara działań wojennych – osobę, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz. U. Nr 249, poz. 1824);

6) instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę – instytucję wypłacającą rentę strukturalną zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych, przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej lub przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich;

7) kombatant – 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, z późn. zm.[4)]);

7a) kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie;

8) korzystający – organizację, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostkę organizacyjną, o których mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.[5)]);

9) lek – produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271);

10) (uchylony);

11) lek recepturowy – produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;

12) (uchylony);

13) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza:

a) posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub

b) odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub

c) posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej

– udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;

[4)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 181, poz. 1515, z 2003 r. Nr 72, poz. 658, z 2004 r. Nr 46, poz. 444 i Nr 281, poz. 2779, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217 oraz z 2007 r. Nr 99, poz. 658 i Nr 166, poz. 1172.

[5)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 116, poz. 1203 i Nr 210, poz. 2135, z 2005 r. Nr 155, poz. 1298, Nr 169, poz. 1420, Nr 175, poz. 1462 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 94, poz. 651.

14) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

14a) migracja ubezpieczonych – korzystanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z innymi oddziałami wojewódzkimi Funduszu, lub nabywanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, leków i wyrobów medycznych, bezpłatnie, za opłatą ryczałtową albo za częściową odpłatnością, w aptekach działających na terytorium innych oddziałów wojewódzkich Funduszu;

15) minimalne wynagrodzenie – minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3–5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. Nr 200, poz. 1679, z 2004 r. Nr 240, poz. 2407 oraz z 2005 r. Nr 157, poz. 1314);

15a) Narodowy Rachunek Zdrowia – zestawienie wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, uwzględniające źródła finansowania ochrony zdrowia, dostawców usług medycznych oraz funkcje tych usług, oparte na zasadach przejrzystości i rzetelności gromadzonych danych;

16) (uchylony);

17) niepełnosprawny – osobę, o której mowa w art. 4–5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92);

17a) nocna i świąteczna opieka zdrowotna – świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym;

18) odbywający staż adaptacyjny – odbywającego staż adaptacyjny wnioskodawcę w rozumieniu przepisów *ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz. U. Nr 87, poz. 954, z późn. zm.[6])*[7] lub odbywającego staż adaptacyjny wnioskodawcę w rozumieniu przepisów *ustawy z dnia 10 maja 2002 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do podejmowania lub wykonywania niektórych działalności (Dz. U. Nr 71, poz.*

[6] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 71, poz. 655, z 2003 r. Nr 190, poz. 1864, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2006 r. Nr 12, poz. 62 oraz z 2007 r. Nr 147, poz. 1028 i Nr 176, poz. 1238.

[7] Obecnie: ustawy z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. Nr 63, poz. 394).

655, z 2003 r. Nr 190, poz. 1864, z 2004 r. Nr 96, poz. 959 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1238)[8)];

19) osoba bezdomna wychodząca z bezdomności – osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami o pomocy społecznej;

20) osoba pobierająca emeryturę lub rentę – osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U. Nr 52, poz. 539, z 2003 r. Nr 229, poz. 2273 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 873) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. Nr 229, poz. 2273, z późn. zm.[9)]), oraz osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy;

21) osoba prowadząca działalność pozarolniczą – osobę, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;

22) osoba represjonowana – osobę, o której mowa w art. 12 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego;

23) osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji – osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;

24) osoba współpracująca – osobę, o której mowa w art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;

25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbywa

[8)] Obecnie: ustawy z dnia 18 marca 2008 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. Nr 63, poz. 394).

[9)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 42, poz. 386, Nr 148, poz. 1551 i Nr 162, poz. 1709, z 2005 r. Nr 10, poz. 64 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427.

kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

26) pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego – pielęgniarkę lub położną będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo pielęgniarkę lub położną zatrudnioną lub wykonującą zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

27) podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;

28) położna podstawowej opieki zdrowotnej – położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

28a) poradnia przyszpitalna – ambulatorium podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowane w budynku albo zespole budynków oznaczonych tym samym adresem co szpital, albo innymi adresami, ale położonych obok szpitala i tworzących funkcjonalną całość, w którym udzielane są te same lub zbliżone rodzajowo świadczenia co w szpitalu;

29) potrzeby zdrowotne – liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;

30) program zdrowotny – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych;

31) przeciętne wynagrodzenie – 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”;

32) przepisy o koordynacji – przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń;

32a) rachunek – fakturę w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2012 r. poz. 749);

33) stan nagły – stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 160, poz. 1172 oraz z 2008 r. Nr 17, poz. 101);

33a) transport sanitarny – przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu;

33b) środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego – środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696), zwanej dalej „ustawą o refundacji”;

34) świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące;

35) świadczenie gwarantowane – świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie;

36) świadczenie specjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

37) świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze;

38) świadczenie towarzyszące – zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego;

39) świadczenie wysokospecjalistyczne – świadczenie opieki zdrowotnej lub procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:

a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,

b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;

40) świadczenie zdrowotne – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;

41) świadczeniodawca:

a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,

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

c) (uchylona),

d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;

42) procedura medyczna – postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;

42a) technologia medyczna – leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne;

43) ubezpieczenia społeczne – ubezpieczenia określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;

44) ubezpieczenie społeczne rolników – ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;

44a) uprawniony żołnierz lub pracownik – żołnierz lub pracownik wojska, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. Nr 162, poz. 1117 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135), który doznał urazu lub zachorował podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa;

44b) weteran poszkodowany – osobę posiadającą status weterana poszkodowanego nadany na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203);

45) wolontariusz – osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie**;**

46) wyroby medyczne – wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679).

Rozdział 2
Zadania władz publicznych

Art. 6.

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;

2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany;

3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;

4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 7.

1. Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

   1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;

   2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych;

   3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;

   4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

2. Do zadań zleconych gminy należy wydawanie decyzji, o których mowa w art. 54, w sprawach świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni spełniających kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w przypadku których nie zachodzi okoliczność, o której mowa w art. 12 tej ustawy.

3. W celu ustalenia sytuacji dochodowej i majątkowej świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 2, przeprowadza się rodzinny wywiad środowiskowy na zasadach i w trybie określonych w przepisach o pomocy społecznej.
4. Gmina otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 2 i 3.

Art. 8.

Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez powiat należy w szczególności:

1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców powiatu – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami;
2) przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych na terenie powiatu programach zdrowotnych;
3) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działań lokalnej wspólnoty samorządowej w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonych na terenie powiatu;
4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
5) podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych.

Art. 9.

Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności:

1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
2) przekazywanie wojewodzie informacji o realizowanych na terenie województwa programach zdrowotnych;
3) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
4) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Art. 10.

1. Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:
   1) ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa;
   2) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego;

3) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na ten rok.

2. Informacje o programach zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 3, art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1 i art. 9 pkt 1, zawierają w szczególności:
   1) nazwę programu zdrowotnego;
   2) określenie jednostki samorządu terytorialnego opracowującej, wdrażającej, realizującej i finansującej program zdrowotny;
   3) rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu zdrowotnego.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób oraz terminy przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzór dokumentu zawierającego te informacje, biorąc pod uwagę zakres danych określonych w ust. 2.

Art. 11.

1. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:
   1) prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
   2) ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi;
   3) opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją;
   3a) kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
   4) finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d w zakresie art. 15 ust. 2 pkt 12;
   4a) finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d w zakresie art. 15 ust. 2 pkt 12 oraz innych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
   5) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;
   6) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie określonym w dziale VII;
   7) zatwierdzanie planu finansowego Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;

8) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu;

9) przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdania rocznego z działalności Funduszu przygotowanego w trybie, o którym mowa w art. 187;

10) sprawowanie nadzoru nad Agencją;

11) zatwierdzanie sprawozdań finansowych Agencji.

1a. Minister właściwy do spraw zdrowia oblicza średnie koszty, o których mowa w art. 94 i 95 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72, uwzględniając w szczególności Narodowy Rachunek Zdrowia.

1b. Narodowy Rachunek Zdrowia opracowywany jest na podstawie badań prowadzonych na zasadzie obowiązku w rozumieniu ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.[10)]).

1c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Główny Urząd Statystyczny, organy administracji rządowej, organy jednostek samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje podejmujące czynności w zakresie organizowania, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielają nieodpłatnie informacji koniecznych do obliczeń, o których mowa w ust. 1a.

1d. Na potrzeby obliczeń, o których mowa w ust. 1a, przez świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego należy rozumieć wszystkie świadczenia opieki zdrowotnej, których koszt został poniesiony przez jednostki należące do sektora finansów publicznych, wymienione w przepisach o finansach publicznych.

2. Do zadań ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:

1) sprawowanie nadzoru w zakresie gospodarki finansowej Funduszu na zasadach przewidzianych w niniejszej ustawie;

2) zatwierdzanie sprawozdania finansowego Funduszu, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, oraz przedkładanie sprawozdania wraz z opinią ministra właściwego do spraw zdrowia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia roku następującego po roku, którego to sprawozdanie dotyczy.

[10)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217 oraz z 2007 r. Nr 166, poz. 1172.

DZIAŁ II
Świadczenia opieki zdrowotnej

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 12.

Przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie:

1) (uchylony);

2) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238);

3) art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.[11)]);

4) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.[12)]);

[5) art. 117 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006 r. Nr 234, poz. 1694, z 2007 r. Nr 120, poz. 818 i Nr 165, poz. 1170 oraz z 2008 r. Nr 70, poz. 416);]

<5) art. 415 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;>

Nowe brzmienie pkt 5 w art. 12 wejdzie w życie z dn. 1.05.2014 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1650).

6) przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570) – w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych;

7) przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

8) (uchylony);

9) art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. Nr 180, poz. 1280 oraz z 2008 r. Nr 52, poz. 305);

10) art. 16 ust. 1 i art. 25 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. 2014 r. poz. 24).

Art. 12a.

Przepisów ustawy, z wyłączeniem przepisów określających zasady i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej oraz przepisów określających

---

[11)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826 oraz z 2007 r. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558.

[12)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. 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, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462 oraz z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831.

prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie stosuje się wobec osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.– Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.[13)]).

Art. 13.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Art. 13a.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:

1) udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3,

2) o których mowa w art. 12 pkt 2–6, 9 i 10, art. 12a oraz art. 26

– uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz zapewnienie skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 14.

Na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Fundusz.

Art. 14a. (uchylony).

Art. 14b. (uchylony).

Art. 15.

1. Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.
2. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:
   1) podstawowej opieki zdrowotnej;
   2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
   3) leczenia szpitalnego;
   4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;

[13)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. 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 i Nr 111, poz. 1194, z 2002 r. Nr 74, poz. 676 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 142, poz. 1380 i Nr 179, poz. 1750, z 2004 r. Nr 93, poz. 889, Nr 210, poz. 2135, Nr 240, poz. 2405, Nr 243, poz. 2426 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1363 i Nr 178, poz. 1479, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 123, poz. 849 oraz z 2008 r. Nr 96, poz. 620.

5) rehabilitacji leczniczej;

6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;

7) leczenia stomatologicznego;

8) lecznictwa uzdrowiskowego;

9) zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji;

10) ratownictwa medycznego;

11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;

12) świadczeń wysokospecjalistycznych;

13) programów zdrowotnych;

14) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę;

15) programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji;

16) leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji;

17) leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.[14)]), pod warunkiem że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji;

18) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia, pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji.

3. (uchylony).

Art. 15a.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia realizuje zadania, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4 i 4a, w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych, na podstawie umowy zawartej ze świadczeniodawcą. Środki publiczne uzyskane na podstawie umowy świadczeniodawca przeznacza wyłącznie na pokrycie kosztów związanych z jej realizacją.

2. Umowa, o której mowa w ust. 1, zawiera w szczególności:

1) oznaczenie stron;

2) określenie rodzaju i liczby świadczeń wysokospecjalistycznych;

3) określenie okresu, na który jest zawierana umowa;

4) cenę za świadczenie wysokospecjalistyczne;

[14)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 31, poz. 206, Nr 92, poz. 753, Nr 95, poz. 788 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 78, poz. 513 i Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 63, poz. 322, Nr 82, poz. 451, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654 i Nr 113, poz. 657.

5) tryb rozliczeń oraz terminy przekazywania należności za udzielone świadczenia wysokospecjalistyczne;

6) postanowienia dotyczące okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia, a także rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia.

3. Ceny świadczeń wysokospecjalistycznych ustala się w wyniku negocjacji ze świadczeniodawcami, biorąc pod uwagę w szczególności:

1) koszty przedstawiane przez świadczeniodawców, uwzględniające koszty udzielenia świadczenia wysokospecjalistycznego;

2) ceny świadczeń wysokospecjalistycznych określone w umowach zawartych w dwóch poprzednich latach.

4. Wzrost cen świadczeń wysokospecjalistycznych w kolejnym roku budżetowym nie może być wyższy niż średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w roku poprzedzającym rok, w którym zawierane są umowy, ogłoszony przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.[15)]).

5. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje wyboru świadczeniodawców w drodze konkursu ofert, biorąc pod uwagę:

1) wysokość środków finansowych planowanych na świadczenia wysokospecjalistyczne na rok kalendarzowy, w którym świadczenia mają być udzielane;

2) jakość udzielanych świadczeń wysokospecjalistycznych, w szczególności:

a) kwalifikacje personelu,

b) wykorzystywany sprzęt specjalistyczny.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb ogłaszania i przeprowadzania konkursu ofert, o którym mowa w ust. 5, mając na celu przeprowadzenie konkursu w sposób sprawny i bezstronny.

Art. 16.

1. Świadczeniobiorcy na podstawie ustawy nie przysługują:

1) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pie-

[15)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252, Nr 121, poz. 1264, Nr 144, poz. 1530, Nr 191, poz. 1954, Nr 210, poz. 2135 i Nr 236, poz. 2355, z 2005 r. Nr 167, poz. 1397 i Nr 169, poz. 1412 i 1421, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 i Nr 208, poz. 1534, z 2007 r. Nr 17, poz. 95, Nr 82, poz. 558, Nr 191, poz. 1368 i 1369 i Nr 200, poz. 1445, z 2008 r. Nr 67, poz. 411, Nr 192, poz. 1180, Nr 228, poz. 1507 i Nr 237, poz. 1656 oraz z 2009 r. Nr 8, poz. 38, Nr 42, poz. 338, Nr 69, poz. 596 i Nr 97, poz. 800.

czy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie;

1a) zaświadczenie lekarskie lub zaświadczenie wystawione przez położną, wydawane na życzenie świadczeniobiorcy, jeżeli nie są wydawane dla celów uzyskania dodatku z tytułu urodzenia dziecka lub jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka;

2) świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane.

2. Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, na zlecenie prokuratury albo sądu, w związku z postępowaniem prowadzonym na podstawie odrębnych ustaw, są pokrywane z części budżetu państwa, której dysponentem jest, odpowiednio, Minister Sprawiedliwości, Pierwszy Prezes Sądu Najwyższego albo Prezes Naczelnego Sądu Administracyjnego.

3. Przepis ust. 2 nie wyłącza możliwości obciążenia strony postępowania kosztami badania lub wydawania orzeczenia lub zaświadczenia, o których mowa w tym przepisie, na podstawie odrębnych przepisów.

4. Koszty badania, wydania orzeczenia lub zaświadczenia, związanego z orzekaniem o niezdolności do pracy dla celów rentowych, ustalaniem uprawnień w ramach ubezpieczeń społecznych, są finansowane przez podmiot, na którego zlecenie zostaje przeprowadzone badanie, wydane orzeczenie lub zaświadczenie.

5. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 4, uwzględniając cel wydania orzeczenia lub zaświadczenia oraz przeprowadzenia badania.

Art. 17.

(uchylony)

Art. 18.

1. Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

2. Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka do ukończenia 18. roku życia, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26. roku życia, przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ustala się w wysokości odpowiadającej 200% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. W przypadku dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej opłata ta wynosi 200% najniższej emerytury.

3. Opłatę, o której mowa w ust. 2 zdanie drugie, w przypadku dziecka umieszczonego w:

1) rodzinnej pieczy zastępczej – ponosi starosta;

2) instytucjonalnej pieczy zastępczej – ponosi odpowiednio placówka opiekuńczo-wychowawcza, regionalna placówka opiekuńczo-terapeutyczna albo interwencyjny ośrodek preadopcyjny.

Art. 19.

1. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.
2. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie.
3. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę.
4. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.
5. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.
6. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku, o którym mowa w ust. 5. Przepisy art. 64 stosuje się odpowiednio.

Art. 20.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1:
   1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
   2) informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;
   3) wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:
      a) numer kolejny,
      b) datę i godzinę wpisu,
      c) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,

d) numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,

e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,

f) adres świadczeniobiorcy,

g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,

h) termin udzielenia świadczenia,

i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu

– w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;

4) wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

3. Dokonanie przez świadczeniodawcę czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.

4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

5. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.

6. Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.

7. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.

8. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.

9. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie ust. 2, 7 lub 8 lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.

10. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy,

umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.

Art. 21.

1. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie:
   1) zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku szpitali;
   2) kierownika świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;
   3) świadczeniodawcy – w przypadku innym niż określone w pkt 1 i 2.
2. W skład zespołu oceny przyjęć wchodzą:
   1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej;
   2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej;
   3) pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku – inna pielęgniarka albo położna.

2a. W przypadku gdy zespół oceny przyjęć działa przy samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej albo jednostce budżetowej rada społeczna, o której mowa w art. 48 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), może wyznaczyć do zespołu oceny przyjęć swojego przedstawiciela wykonującego zawód medyczny i niebędącego zatrudnionym u tego świadczeniodawcy.

3. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, wyznacza przewodniczącego zespołu spośród osób, o których mowa w ust. 2, a także określa tryb pracy zespołu.
4. Do zadań zespołu oceny przyjęć, kierownika świadczeniodawcy albo świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:
   1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji;
   2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia;
   3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.
5. Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1.
6. Jeżeli u świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, nie udziela świadczeń lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, to w skład zespołu oceny przyjęć wchodzą osoby, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3.
7. Jeżeli u świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, działa zespół zarządzania jakością, spełniający warunki określone w ust. 2, wykonuje on zadania, o których mowa w ust. 4 i 5.

Art. 22.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń wysokospecjalistycznych prowadzi listę oczekujących na te świadczenia zgodnie z zasadami, o których mowa w art. 20 i 21.

2. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń wysokospecjalistycznych co najmniej raz w miesiącu są przekazywane do Funduszu i ministra właściwego do spraw zdrowia. Przepisy art. 23 stosuje się odpowiednio.
3. Nadzór nad tworzeniem i prowadzeniem list oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne prowadzi minister właściwy do spraw zdrowia, uwzględniając w szczególności zmiany terminu, zmiany kolejności i ich przyczyny.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia na stronie internetowej ministerstwa informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia wysokospecjalistycznego i średnim czasie oczekiwania na te świadczenia, aktualizując ją nie rzadziej niż raz na miesiąc.

Art. 23.

1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującą:
   1) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;
   2) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.
2. Informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu, właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia, publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu.
3. Oddział wojewódzki Funduszu, o którym mowa w ust. 2, informuje, na żądanie, świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej.
4. Świadczeniodawca, na umotywowany wniosek dyrektora właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu, jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie inne niż określone w ust. 7 informacje dotyczące realizacji obowiązków, o których mowa w ust. 1–6.
5. W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20–22, dyrektor właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadza kontrolę w trybie art. 64.
6. Fundusz tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przekazywanych przez te oddziały.
7. Fundusz udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 6, w szczególności poprzez bezpłatną linię telefoniczną.
8. Fundusz co miesiąc przekazuje informacje, o których mowa w ust. 6, systemowi informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 28

kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657).

Art. 23a.

1.[16)] Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 i art. 22, prowadzący listy oczekujących na udzielenie świadczenia jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

2.[17)] Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 i art. 22, przekazuje dane zawarte w listach oczekujących na udzielenie świadczenia do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw informatyzacji określi, w drodze rozporządzenia, minimalną funkcjonalność dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług, o których mowa w ust. 1 i 2, mając na uwadze konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom nieograniczonego dostępu do danych zawartych w listach oczekujących na udzielenie świadczenia, z jednoczesnym obowiązkiem zapewnienia ochrony danych osobowych świadczeniobiorców przed nieuprawnionym dostępem i ujawnieniem oraz integralności systemów teleinformatycznych umożliwiającej weryfikację list oczekujących na udzielenie świadczenia w oparciu o dane zgromadzone w systemie informacji w ochronie zdrowia.

Art. 24.

Przepisów art. 19–23 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Art. 24a.

Przepisów art. 20–23 nie stosuje się w stosunku do uprawnionego żołnierza lub pracownika. Osoby te korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, poza kolejnością.

Art. 24b.

Przepisów art. 20–23 nie stosuje się w stosunku do weterana poszkodowanego. Osoba ta korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, poza kolejnością.

[16)] Stosuje się od dn. 1.01.2013 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657, art. 57 ust. 5).
[17)] Stosuje się od dn. 1.01.2013 r. (Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657, art. 57 ust. 5).

Art. 24c.

1. Weteranom poszkodowanym przysługuje prawo do korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej innych niż te, o których mowa w art. 20, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.
2. Weteran poszkodowany ma prawo do bezterminowego czasu trwania leczenia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1.

Art. 25.

1. Fundusz finansuje koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, udzielonych zgodnie z przepisami o koordynacji, oraz wynikające z art. 26.
2. Prezes Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanym dalej „wnioskodawcą", na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania, instytucji miejsca pobytu lub instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej „podmiotem uprawnionym", zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych albo kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w przypadkach o których mowa w przepisach o koordynacji.
3. Prezes Funduszu lub dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wydać wnioskodawcy, na wniosek podmiotu uprawnionego, zgodę na pokrycie kosztów transportu:
   1) do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia;
   2) do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju – najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, gdy przewidywane koszty leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.
4. Decyzje, o których mowa w ust. 2 i 3, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, uwzględniając aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych, wiedzę i praktykę medyczną, kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisów o koordynacji.

Art. 26.

1. Prezes Funduszu może na wniosek wnioskodawcy, o którym mowa w art. 25, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, skierować wnioskodawcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.
2. W przypadkach określonych w ust. 1 Prezes Funduszu może wydać wnioskodawcy, na jego wniosek albo na wniosek jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej lub państwem członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.
3. Decyzje, o których mowa w ust. 1 i 2, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.
4. Koszty leczenia, badań diagnostycznych lub transportu wynikające z ust. 1 i 2 są finansowane z budżetu państwa.

Art. 26a.

Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia:

1) tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku, o którym mowa w art. 25 ust. 2 i 3 oraz w art. 26 ust. 1 i 2,

2) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w art. 25 ust. 3 i art. 26 ust. 1 i 2

– mając na względzie dobro wnioskodawcy oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju, a także gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.

Art. 27.

1. Świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują:
   1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
   2) wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;
   3) profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
   4) promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia;
   5) prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia oraz profilaktyki stomatologicznej;

6) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;

7) wykonywanie szczepień ochronnych;

8) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu.

2. (uchylony).

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia, a także zakres informacji przekazywanych wojewodzie o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad tymi osobami, uwzględniając profilaktykę stomatologiczną i promocję zdrowia, a w przypadku dzieci i młodzieży kształcącej się w szkołach – profilaktykę w środowisku nauczania.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw kultury fizycznej, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, uwzględniając potrzebę szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

Art. 28.

1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2004 r. Nr 241, poz. 2416, z późn. zm.[18)]), art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2005 r. Nr 234, poz. 1997, z późn. zm.[19)]) i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego. Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania i sytuacji zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych przyczyn niezależnych od woli świadczeniobiorcy.

2. Opłata, o której mowa w ust. 1, stanowi przychód podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

[18)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 277, poz. 2742, z 2005 r. Nr 180, poz. 1496, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 i Nr 220, poz. 1600 oraz z 2007 r. Nr 107, poz. 732 i Nr 176, poz. 1242.

[19)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 i Nr 170, poz. 1218, z 2007 r. Nr 57, poz. 390 i Nr 82, poz. 558 oraz z 2008 r. Nr 86, poz. 521.

Art. 29.

Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

Art. 30.

Świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

Art. 31.

1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza dentysty spośród lekarzy dentystów, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.
2. (uchylony).
3. Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób.
4. Świadczenia, o których mowa w ust. 3, są udzielane po przedstawieniu dokumentu potwierdzającego:
   1) wiek – w przypadku dzieci i młodzieży;
   2) ciążę lub połóg – w przypadku kobiet.

Rozdział 1a

Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych

Art. 31a.

1. Podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13, jest jego ocena uwzględniająca następujące kryteria:
   1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
      a) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 2,

b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;

2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:

a) przedwczesnego zgonu,

b) niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,

d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,

e) obniżenia jakości życia;

3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:

a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,

b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,

c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,

d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;

4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;

5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;

6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;

7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, priorytety zdrowotne, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości.

Art. 31b.

1. Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13, dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji, biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 31a ust. 1.

2. Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia, biorąc pod uwagę, w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2:

1) pkt 9 kryteria określone w art. 12 pkt 4–6 i 9 ustawy o refundacji;

2) pkt 14–16 kryteria określone w art. 12 ustawy o refundacji;

3) pkt 17–18 kryteria określone w art. 12 pkt 3–6, 8–11 ustawy o refundacji.

Art. 31c.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w sprawie jego zakwalifikowania, jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania.

2. Zlecenie zawiera opis świadczenia opieki zdrowotnej oraz opis choroby i stanu zdrowia, w których jest udzielane, i jego wpływu na poprawę zdrowia obywateli.

3. Prezes Agencji niezwłocznie po otrzymaniu zlecenia zasięga opinii:

   1) konsultantów krajowych z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w ust. 2;

   2) Prezesa Funduszu w zakresie, o którym mowa w art. 31a ust. 1 pkt 7.

4. Podmioty, o których mowa w ust. 3, są obowiązane wydać opinię w terminie 30 dni od dnia otrzymania opisów, o których mowa w ust. 2.

5. Prezes Agencji niezwłocznie przedstawia opinie, o których mowa w ust. 3, Radzie Przejrzystości, o której mowa w art. 31s.

6. Rada Przejrzystości przedstawia stanowisko w sprawie:

   1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo

   2) niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.

7. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości oraz kryteria określone w art. 31a ust. 1, wydaje rekomendacje w sprawie:

   1) zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego wraz z określeniem poziomu lub sposobu jego finansowania albo

   2) niezasadności zakwalifikowania danego świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego.

8. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje rekomendację ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

9. Prezes Agencji niezwłocznie zamieszcza zlecenia i rekomendacje na stronie internetowej Agencji oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji na zasadach określonych w przepisach o dostępie do informacji publicznej.

Art. 31d.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

   1) poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33 i art. 41, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1;

   2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Art. 31e.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany pozio-

mu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek, uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1.

1a. Usunięcie danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania następuje po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji.

2. Wnioski w sprawach, o których mowa w ust. 1, mogą składać do ministra właściwego do spraw zdrowia:

1) konsultanci krajowi z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej;

2) stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym – za pośrednictwem konsultantów, o których mowa w pkt 1;

3) Prezes Funduszu;

4) stowarzyszenia i fundacje, których celem statutowym jest ochrona praw pacjenta – za pośrednictwem konsultantów, o których mowa w pkt 1.

3. Wnioski w sprawach, o których mowa w ust. 1, zawierają:

1) oznaczenie podmiotu, o którym mowa w ust. 2;

2) siedzibę podmiotu, o którym mowa w ust. 2, lub jego adres;

3) wskazanie, czy wniosek dotyczy:

a) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo

b) zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego;

4) uzasadnienie wskazujące wpływ danego świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli i skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia;

5) datę sporządzenia wniosku;

6) wykaz załączonych do wniosku dokumentów potwierdzających zasadność wniosku;

7) podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku.

Art. 31f.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku, o którym mowa w art. 31e ust. 1, dokonuje jego oceny formalnej, pod względem spełnienia wymagań określonych w art. 31e ust. 3.

2. W przypadku stwierdzenia braków formalnych wniosku minister właściwy do spraw zdrowia wzywa podmiot, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 31e ust. 1, do jego uzupełnienia w terminie nie dłuższym niż 14 dni.

3. W przypadku nieuzupełnienia braków formalnych wniosek, o którym mowa w art. 31e ust. 1, pozostawia się bez rozpoznania.

4. Do czynności podejmowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w ust. 1–3, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po otrzymaniu kompletnego wniosku, o którym mowa w art. 31e ust. 1, zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji, o której mowa w art. 31e ust. 1, wyznaczając termin jej przygotowania, o czym niezwłocznie informuje podmiot, który złożył wniosek.

Art. 31g.

1. Prezes Agencji, po otrzymaniu zlecenia, o którym mowa w art. 31f ust. 5, dokonuje oceny świadczenia opieki zdrowotnej i przygotowuje, zgodnie ze zleceniem, raport pełny albo skrócony, w sprawie:
   1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo
   2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego

   – zwany dalej „raportem w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej”.
2. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej zawiera:
   1) opis świadczenia opieki zdrowotnej objętego zleceniem, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności alternatywnego świadczenia opieki zdrowotnej w danej chorobie, stanie zdrowia lub wskazaniu;
   2) opis choroby, stanu zdrowia lub wskazań, w których jest udzielane świadczenie opieki zdrowotnej objęte zleceniem, z uwzględnieniem:
      a) wpływu świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli, w tym zapadalności, chorobowości, umieralności lub śmiertelności,
      b) skutków następstw choroby lub stanu zdrowia;
   3) wskazanie dowodów naukowych dotyczących:
      a) skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa,
      b) stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych,
      c) skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;
   4) wskazanie dowodów naukowych w postaci opracowań wtórnych lub wytycznych praktyki klinicznej;
   5) dane o kosztach świadczenia opieki zdrowotnej oraz jego elementach składowych;
   6) określenie warunków finansowania ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej objętego zleceniem w innych krajach, ze szczególnym uwzględnieniem krajów o poziomie produktu krajowego brutto zbliżonym do Rzeczypospolitej Polskiej.

Art. 31h.

1. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej Radzie Przejrzystości, o której mowa w art. 31s.
2. Rada Przejrzystości na podstawie raportu w sprawie oceny świadczenia gwarantowanego przygotowuje niezwłocznie dla Prezesa Agencji stanowisko w zakresie:

1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo

2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.

3. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę stanowisko przygotowane przez Radę Przejrzystości, wydaje rekomendację w sprawie:

1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo

2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego.

4. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje rekomendację ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz podmiotowi, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 31e ust. 1.

5. Prezes Agencji niezwłocznie zamieszcza zlecenia, o których mowa w art. 31f ust. 5, raporty w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej oraz stanowiska i rekomendacje na stronie internetowej Agencji oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji na zasadach określonych w przepisach o dostępie do informacji publicznej.

Art. 31i. (uchylony).

Art. 31j.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i procedury przygotowania raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej, uwzględniając wiedzę z zakresu oceny technologii medycznych.

Art. 31k.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory wniosków w sprawie usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego, lub warunków jego realizacji, mając na względzie ujednolicenie informacji i przekazywanych dokumentów oraz zapewnienie przejrzystości wniosków.

Art. 31l.

Do postępowania kwalifikacyjnego odbywającego się na zasadach określonych w niniejszym rozdziale nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, z zastrzeżeniem art. 31f ust. 4.

Rozdział 1b
Agencja Oceny Technologii Medycznych

Art. 31m.

1. Agencja jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Agencja działa na podstawie ustawy i statutu.

3. Siedzibą Agencji jest miasto stołeczne Warszawa.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, nadaje Agencji statut określający w szczególności strukturę organizacyjną Agencji, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Agencję.

Art. 31n.

Do zadań Agencji należy:

1) realizacja zadań związanych z oceną świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:
   a) wydawania rekomendacji w sprawie:
      – kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego,
      – określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego,
      – usuwania danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych,
   b) opracowywania raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej,
   c) opracowywania analiz weryfikacyjnych, o których mowa w art. 35 ustawy o refundacji;
2) opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodologii przeprowadzania oceny technologii medycznych oraz o technologiach medycznych opracowywanych w Rzeczypospolitej Polskiej i innych krajach;
3) opiniowanie programów zdrowotnych, o których mowa w art. 48 ust. 2;
4) prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie zadań, o których mowa w pkt 1–3;
5) realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 31o.

1. Organem Agencji jest Prezes Agencji.

2. Do zakresu działania Prezesa Agencji należy:
   1) realizacja zleceń, o których mowa w art. 31c ust. 1 i art. 31f ust. 5;
   2) współpraca z Funduszem, Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, organami administracji rządowej i samorządowej oraz podmiotami prowadzącymi w innych krajach działalność w zakresie oceny świadczeń opieki zdrowotnej;
   3) wykonywanie czynności z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników Agencji;
   4) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
   5) publikacja w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji:

a) analiz weryfikacyjnych Agencji wraz z analizami wnioskodawcy, o których mowa w art. 25 pkt 9 lit. c oraz art. 26 pkt 2 lit. f ustawy o refundacji,

b) stanowisk Rady Przejrzystości,

c) rekomendacji Prezesa Agencji,

d) raportów w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej,

e) opinii o projektach programów zdrowotnych, o których mowa w art. 48 ust. 2a,

f) porządku obrad, planu prac Rady Przejrzystości oraz protokołów z jej posiedzeń.

3. Prezes Agencji kieruje Agencją i reprezentuje ją na zewnątrz.

4. Prezes Agencji wykonuje swoje zadania przy pomocy zastępcy Prezesa Agencji. Zakres zadań zastępcy Prezesa Agencji określa statut Agencji.

Art. 31p.

1. Prezes Agencji jest powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, o którym mowa w art. 31r.

2. Zastępca Prezesa Agencji jest powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Agencji, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, o którym mowa w art. 31r.

3. Kadencja Prezesa Agencji oraz zastępcy Prezesa Agencji trwa 5 lat.

4. Prezesem Agencji albo zastępcą Prezesa Agencji może być osoba, która:

1) posiada tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, farmaceutycznych, ekonomicznych, prawnych lub technicznych;

2) posiada wiedzę z zakresu ochrony zdrowia oraz oceny świadczeń opieki zdrowotnej, farmakoekonomiki, systemów finansowania świadczeń zdrowotnych oraz ekonomiki zdrowia;

3) posiada co najmniej 3-letni okres zatrudnienia na stanowiskach kierowniczych w:

a) jednostkach naukowych w rozumieniu ustawy z dnia 8 października 2004 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. z 2008 r. Nr 169, poz. 1049) lub

b) jednostkach podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;

4) nie została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;

5) korzysta z pełni praw publicznych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Agencji i zastępcę Prezesa Agencji z zajmowanego stanowiska przed upływem kadencji w przypadku:

1) rażącego naruszenia przepisów prawa;

2) utraty zdolności do pełnienia obowiązków służbowych z powodu choroby lub innej przeszkody trwale uniemożliwiającej pełnienie obowiązków służbowych;

3) rezygnacji ze stanowiska;

4) skazania prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;

5) naruszenia przepisów art. 31q ust. 1;

6) nienależytego wykonywania obowiązków wynikających z ustawy lub statutu.

6. Wynagrodzenie Prezesa Agencji i zastępcy Prezesa Agencji ustala minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 31q.

1. Prezes Agencji oraz zastępca Prezesa Agencji nie mogą podejmować dodatkowego zatrudnienia bez pisemnej zgody ministra właściwego do spraw zdrowia ani wykonywać działalności lub podejmować zajęć niedających się pogodzić z wykonywanymi obowiązkami.
2. Pracownicy wykonujący ustawowe lub statutowe zadania Agencji nie mogą podejmować dodatkowych zajęć zarobkowych bez pisemnej zgody Prezesa Agencji.
3. Nabór na wolne stanowiska pracy w Agencji jest otwarty i odbywa się w trybie konkurencyjnym. Przepisy art. 107a ust. 2–art. 107g stosuje się odpowiednio.

Art. 31r.

1. Informację o naborze na stanowisko Prezesa Agencji ogłasza się przez umieszczenie ogłoszenia w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie Agencji oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Ogłoszenie powinno zawierać:
   1) nazwę i adres Agencji;
   2) określenie stanowiska;
   3) wymagania związane ze stanowiskiem wynikające z przepisów prawa;
   4) zakres zadań wykonywanych na stanowisku;
   5) wskazanie wymaganych dokumentów;
   6) termin i miejsce składania dokumentów;
   7) informację o metodach i technikach naboru.
2. Termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 6, nie może być krótszy niż 10 dni od dnia opublikowania ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.
3. Nabór na stanowisko Prezesa Agencji przeprowadza zespół, powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór, oraz kompetencje kierownicze.
4. Ocena wiedzy i kompetencji kierowniczych, o których mowa w ust. 3, może być dokonana na zlecenie zespołu przez osobę niebędącą członkiem zespołu, która posiada odpowiednie kwalifikacje do dokonania tej oceny.

5. Członek zespołu oraz osoba, o której mowa w ust. 4, mają obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących osób ubiegających się o stanowisko, uzyskanych w trakcie naboru.
6. W toku naboru zespół wyłania nie więcej niż 3 kandydatów, których przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
7. Z przeprowadzonego naboru zespół sporządza protokół zawierający:
   1) nazwę i adres Agencji;
   2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór, oraz liczbę kandydatów;
   3) imiona, nazwiska i adresy nie więcej niż 3 najlepszych kandydatów uszeregowanych według poziomu spełniania przez nich wymagań określonych w ogłoszeniu o naborze;
   4) informację o zastosowanych metodach i technikach naboru;
   5) uzasadnienie dokonanego wyboru albo powody niewyłonienia kandydata;
   6) skład zespołu.
8. Wynik naboru ogłasza się niezwłocznie przez umieszczenie informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Informacja o wyniku naboru zawiera:
   1) nazwę i adres Agencji;
   2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór;
   3) imiona i nazwiska wybranych kandydatów oraz ich miejsca zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego albo informację o niewyłonieniu kandydata.
9. Umieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ogłoszenia o naborze oraz o wyniku tego naboru jest bezpłatne.
10. Przepisy ust. 1–9 stosuje się do naboru na stanowisko zastępcy Prezesa Agencji.

Art. 31s.

1. Przy Prezesie Agencji działa Rada Przejrzystości, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą.
2. W skład Rady Przejrzystości wchodzi:
   1) 10 osób posiadających doświadczenie, uznany dorobek oraz co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych lub dziedzin pokrewnych, lub innych dziedzin odpowiednich dla przeprowadzenia oceny świadczeń opieki zdrowotnej, w tym etyki;
   2) 4 przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia;
   3) 2 przedstawicieli Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
   4) 2 przedstawicieli Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
   5) 2 przedstawicieli Rzecznika Praw Pacjenta.
3. Członków Rady Przejrzystości powołuje minister właściwy do spraw zdrowia, z tym że członkowie, o których mowa w ust. 2 pkt 3–5, są powoływani na wniosek właściwych organów.

4. Kadencja członka Rady Przejrzystości trwa 6 lat. W przypadku gdy członek Rady Przejrzystości zostanie odwołany przed upływem kadencji, kadencja członka powołanego na jego miejsce upływa z dniem upływu kadencji odwołanego członka.

5. Członkom Rady Przejrzystości przysługuje:

   1) wynagrodzenie nieprzekraczające 3500 zł za udział w każdym posiedzeniu Rady Przejrzystości, jednak nie więcej niż 10 500 zł miesięcznie;

   2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77^5 § 2 Kodeksu pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.[20)]).

6. Do zadań Rady Przejrzystości należy:

   1) przygotowywanie i przedstawianie stanowisk, o których mowa w art. 31c ust. 6 i art. 31h ust. 2;

   2) przygotowywanie i przedstawianie stanowisk, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy o refundacji;

   3) wydawanie opinii o projektach programów zdrowotnych, o których mowa w art. 48 ust. 2a;

   4) realizacja innych zadań zleconych przez Prezesa Agencji;

   5) wydawanie opinii w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 3, art. 33 ust. 2 oraz art. 40 ustawy o refundacji.

7. Członkiem Rady Przejrzystości może być wyłącznie osoba:

   1) która:

      a) posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady Przejrzystości,

      b) nie została prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,

      c) korzysta z pełni praw publicznych;

   2) wobec której nie zachodzą okoliczności określone w ust. 8 i art. 21 ustawy o refundacji;

   3) której kandydatura została zaakceptowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

[20)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, Nr 89, poz. 589, Nr 176, poz. 1239, Nr 181, poz. 1288 i Nr 225, poz. 1672, z 2008 r. Nr 93, poz. 586, Nr 116, poz. 740, Nr 223, poz. 1460 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 56, poz. 458, Nr 58, poz. 485, Nr 98, poz. 817, Nr 99, poz. 825, Nr 115, poz. 958, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1704, z 2010 r. Nr 105, poz. 655, Nr 135, poz. 912, Nr 182, poz. 1228, Nr 224, poz. 1459, Nr 249, poz. 1655 i Nr 254, poz. 1700 oraz z 2011 r. Nr 36, poz. 181, Nr 63, poz. 322 i Nr 80, poz. 432.

8. Członkowie Rady Przejrzystości, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej oraz osoby, z którymi członkowie Rady Przejrzystości pozostają we wspólnym pożyciu, nie mogą:
   1) być członkami organów spółek handlowych lub przedstawicielami przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu lekiem, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym;
   2) być członkami organów spółek handlowych lub przedstawicielami przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych;
   3) być członkami organów spółdzielni, stowarzyszeń lub fundacji prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2;
   4) posiadać akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2, oraz udziałów w spółdzielniach prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2;
   5) prowadzić działalności gospodarczej w zakresie, o którym mowa w pkt 1 i 2.
9. Członkowie Rady Przejrzystości oraz osoby niebędące członkami Rady Przejrzystości, którym zlecono przygotowanie ekspertyz i innych opracowań w formie pisemnej i ustnej dla tej Rady, w przypadku wykonywania zajęć zarobkowych na podstawie stosunku pracy, umowy o świadczenie usług zarządczych, umowy zlecenia, umowy o dzieło lub innej umowy o podobnym charakterze zawartej z podmiotami, o których mowa w ust. 8 pkt 1–3, składają oświadczenie, zwane dalej „deklaracją konfliktu interesów", dotyczące ich samych oraz ich małżonków, zstępnych i wstępnych w linii prostej oraz osób, z którymi pozostają we wspólnym pożyciu.
10. Członkowie Rady Przejrzystości składają oświadczenie o niezachodzeniu okoliczności określonych w ust. 8 i pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.[21)]), zwane dalej „deklaracją o braku konfliktu interesów":
    1) przed powołaniem do składu Rady;
    2) przed każdym posiedzeniem Rady.
11. Członkowie Rady składają pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Ko-

[21)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 128, poz. 840, z 1999 r. Nr 64, poz. 729 i Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 48, poz. 548, Nr 93, poz. 1027 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 121, poz. 1142, Nr 179, poz. 1750, Nr 199, poz. 1935 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 25, poz. 219, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889 i Nr 243, poz. 2426, z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 90, poz. 757, Nr 132, poz. 1109, Nr 163, poz. 1363, Nr 178, poz. 1479 i Nr 180, poz. 1493, z 2006 r. Nr 190, poz. 1409, Nr 218, poz. 1592 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 89, poz. 589, Nr 123, poz. 850, Nr 124, poz. 859 i Nr 192, poz. 1378, z 2008 r. Nr 90, poz. 560, Nr 122, poz. 782, Nr 171, poz. 1056, Nr 173, poz. 1080 i Nr 214, poz. 1344, z 2009 r. Nr 62, poz. 504, Nr 63, poz. 533, Nr 166, poz. 1317, Nr 168, poz. 1323, Nr 190, poz. 1474, Nr 201, poz. 1540 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 40, poz. 227 i 229, Nr 98, poz. 625 i 626, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 152, poz. 1018 i 1021, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1474 i Nr 240, poz. 1602 oraz z 2011 r. Nr 17, poz. 78, Nr 24, poz. 130, Nr 39, poz. 202, Nr 48, poz. 245, Nr 72, poz. 381, Nr 94, poz. 549 i Nr 117, poz. 678.

deks karny, deklarację konfliktu interesów na danym posiedzeniu Rady – dla poszczególnych wniosków będących przedmiotem obrad Rady w zakresie, o którym mowa w ust. 6.

12. Osoby niebędące członkami Rady Przejrzystości, którym zlecono przygotowanie ekspertyz i innych opracowań w formie pisemnej lub ustnej dla tej Rady składają pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, deklarację konfliktu interesów przed posiedzeniem Rady – dla poszczególnych wniosków będących przedmiotem obrad Rady w zakresie, o którym mowa w ust. 6.
13. W przypadku ujawnienia konfliktu interesów, członek Rady Przejrzystości, na własny wniosek albo wniosek osoby przewodniczącej posiedzeniu Rady Przejrzystości, może zostać wyłączony z głosowania lub z udziału w pracach Rady Przejrzystości, w zakresie ujawnionego konfliktu. W głosowaniu nad wyłączeniem nie uczestniczy członek Rady Przejrzystości, którego sprawa dotyczy.
14. Jeżeli okoliczności określone w ust. 8 i 9 trwale uniemożliwiają członkowi Rady Przejrzystości właściwe wykonywanie zadań, Rada Przejrzystości może wyznaczyć jej członkowi termin ich usunięcia.
15. W posiedzeniach Rady Przejrzystości mogą brać udział eksperci z dziedziny medycyny, której dotyczą omawiane na danym posiedzeniu wnioski lub informacje, oraz inne osoby zaproszone przez przewodniczącego Rady Przejrzystości, bez prawa głosu. Osoby te obowiązane są do złożenia deklaracji, o których mowa w ust. 8 i 9.
16. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady Przejrzystości, z własnej inicjatywy albo na umotywowany wniosek Prezesa Agencji, przed upływem kadencji, w przypadku:
    1) złożenia rezygnacji ze stanowiska;
    2) choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie powierzonych zadań;
    3) skazania prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
    4) niezłożenia wymaganych deklaracji, o których mowa w ust. 8 i 9;
    5) bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w ust. 14;
    6) uchylania się od wykonywania obowiązków członka Rady Przejrzystości albo nieprawidłowego wykonywania tych obowiązków.
17. Spośród członków Rady Przejrzystości przed każdym posiedzeniem wyłaniany jest dziesięcioosobowy Zespół, którego skład ustalany jest w drodze losowania, w taki sposób, aby każdy z podmiotów, o których mowa w ust. 2 pkt 3–5, miał jednego przedstawiciela.
18. Pracami Rady Przejrzystości kieruje przewodniczący przy pomocy dwóch wiceprzewodniczących. Przewodniczący i wiceprzewodniczący wybierani są spośród członków Rady Przejrzystości na pierwszym posiedzeniu bezwzględną większością głosów przy obecności co najmniej 2/3 jej członków w głosowaniu tajnym. Przewodniczący lub wiceprzewodniczący Rady Przejrzystości prowadzi posiedzenie Zespołu, o którym mowa w ust. 17.
19. Zespół, o którym mowa w ust. 17, podejmuje uchwały będące stanowiskami Rady Przejrzystości, po uprzednim przedstawieniu pisemnej opinii dołączonej do dokumentacji przez każdego członka uczestniczącego w posiedzeniu. Uchwały

Zespołu podejmowane są zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej 2/3 jego członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego Rady Przejrzystości.

20. Stanowisko Rady Przejrzystości, o którym mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy o refundacji, zawiera:
    1) rozstrzygnięcie, czy lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrób medyczny powinien być finansowany ze środków publicznych;
    2) określenie szczegółowych warunków objęcia refundacją leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w zakresie:
        a) wskazań, w których lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrób medyczny ma być objęty refundacją,
        b) sugerowanego poziomu odpłatności, o którym mowa w art. 14 ustawy o refundacji,
        c) sugestie co do włączenia do istniejącej lub utworzenia nowej grupy limitowej, o której mowa w art. 15 ustawy o refundacji,
        d) uwagi i propozycje do opisu programu lekowego, jeżeli dotyczy,
        e) propozycje instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji;
    3) uzasadnienie.
21. Zespół może zdecydować bezwzględną większością głosów o konieczności podjęcia uchwały przez Radę Przejrzystości w pełnym składzie. Przepisy ust. 19 i 20 stosuje się odpowiednio.
22. Szczegółowy tryb pracy Rady Przejrzystości określa regulamin pracy uchwalony przez tę Radę i zatwierdzony przez Prezesa Agencji.
23. Deklarację konfliktu interesów składają także osoby, które zgłaszają uwagi do upublicznionej analizy weryfikacyjnej Agencji lub w związku z upublicznionym porządkiem obrad Rady Przejrzystości. Zgłoszone uwagi są rozpatrywane przez Agencję i zamieszczane w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji włącznie z wypełnioną deklaracją konfliktu interesów.
24. Deklaracje o braku konfliktu interesów weryfikuje Centralne Biuro Antykorupcyjne.
25. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wynagrodzenia członków i przewodniczącego Rady Przejrzystości, uwzględniając zakres jej zadań.

Art. 31t.

1. Agencja działa na podstawie rocznego planu finansowego zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, obejmującego przychody i koszty Agencji.
2. Przychodami Agencji są:
    1) przychody z tytułu opłat za ocenę raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej oraz opracowywania tych raportów;

2) dotacje celowe na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji;

3) dotacje podmiotowe na dofinansowanie realizacji zadań Agencji, o których mowa w art. 31n pkt 1 lit. a oraz pkt 2, 3 i 5;

4) darowizny i zapisy;

5) przychody z lokat;

6) inne przychody.

3. Prezes Agencji zamieszcza na stronie internetowej Agencji oraz w Biuletynie Informacji Publicznej informacje o otrzymanych darowiznach zawierające:

1) kwotę darowizny;

2) datę dokonania darowizny;

3) imię i nazwisko albo nazwę (firmę) darczyńcy.

4. Kosztami Agencji są koszty:

1) działalności Agencji, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diety i zwroty kosztów podróży;

2) realizacji zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;

3) działania Rady Przejrzystości.

Art. 31u.

1. Tworzy się fundusz podstawowy i fundusz zapasowy Agencji.

2. Fundusz podstawowy Agencji odzwierciedla równowartość netto środków trwałych, wartości niematerialnych i prawnych oraz innych składników majątku stanowiących wyposażenie Agencji na dzień rozpoczęcia przez nią działalności.

3. Fundusz zapasowy Agencji zwiększa się o zatwierdzony zysk netto za rok obrotowy i zmniejsza się o zatwierdzoną stratę netto za rok obrotowy.

4. Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy w pierwszej kolejności pokrywa stratę z lat ubiegłych.

5. Agencja 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 późn. zm.[22)]), z wyłączeniem art. 80 ust. 3 tej ustawy.

6. Prezes Agencji przygotowuje corocznie sprawozdanie z działalności Agencji oraz sprawozdanie z wykonania planu finansowego za rok poprzedni.

7. Prezes Agencji, w terminie do dnia 30 kwietnia każdego roku, przedstawia do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdanie finansowe wraz ze sprawozdaniami, o których mowa w ust. 6.

[22)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 60, poz. 535, Nr 124, poz. 1152, Nr 139, poz. 1324 i Nr 229, poz. 2276, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 145, poz. 1535, Nr 146, poz. 1546 i Nr 213, poz. 2155, z 2005 r. Nr 10, poz. 66, Nr 184, poz. 1539 i Nr 267, poz. 2252, z 2006 r. Nr 157, poz. 1119 i Nr 208, poz. 1540, z 2008 r. Nr 63, poz. 393, Nr 144, poz. 900, Nr 171, poz. 1056, Nr 214, poz. 1343 i Nr 223, poz. 1466 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 341, Nr 77, poz. 649 i Nr 91, poz. 742.

Art. 31v.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością Agencji, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.
2. Do nadzoru, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 173 ust. 2–9, art. 174–177, art. 178 ust. 1–3, art. 179, 181, 183 i 184.
3. W ramach nadzoru minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:
   1) żądania udostępnienia mu przez Agencję dokumentów związanych z jej działalnością lub ich kopii;
   2) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności Prezesa Agencji, zastępców Prezesa Agencji i Rady Przejrzystości oraz pracowników Agencji.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, przedstawiając żądanie, o którym mowa w ust. 3, wskazuje termin jego wykonania.
5. W razie stwierdzenia, na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień i dokumentów, o których mowa w ust. 3, przypadków naruszeń prawa lub statutu Agencji minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia Agencję o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie jej działalności do przepisów prawa lub statutu, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów prawa.

Art. 31w.

W przypadku naruszenia przez Agencję prawa lub statutu, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 31v ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na Prezesa Agencji lub zastępcę Prezesa Agencji oraz na członka Rady Przejrzystości odpowiedzialnego za te naruszenia lub nieudzielanie wyjaśnień i informacji karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę, niezależnie od innych środków nadzoru przewidzianych przepisami prawa.

Art. 31x.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli Agencji, mając na celu zapewnienie właściwej realizacji nadzoru, o którym mowa w art. 31v ust. 1.

Rozdział 2
Zakres świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 32.

Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 33.

1. Leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, a jeżeli nie można ustalić miejsca jego zamieszkania – oddział wojewódzki Funduszu właściwy dla siedziby świadczeniodawcy, który wystawił skierowanie.
3. Świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową i z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej oraz częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowiskowym. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych pokrywa do wysokości określonej w umowie oddziału wojewódzkiego Funduszu z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego.
4. Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci, sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowym.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:
   1) sposób wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
   2) tryb potwierdzania skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową oraz wzór tego skierowania

   – uwzględniając konieczność weryfikacji celowości skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.

Art. 33a.

1. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi w drodze rozporządzenia:
   1) sposób i tryb kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,
   2) dokumentację wymaganą przy kierowaniu osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, w tym wzory: wniosku o wydanie skierowania do zakładu, zaświadczenia lekarskiego oraz wywiadu pielęgniarskiego,
   3) sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

– uwzględniając konieczność ujednolicenia trybu kierowania do zakładów oraz możliwość weryfikacji celowości skierowania do zakładów.

Art. 34. (uchylony).

Art. 34a. (uchylony).

Art. 35.

Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Art. 36–39c. (uchylone).

Art. 40.

Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zaopatrzenia w wybrane wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na zlecenie pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.

Art. 41.

1. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:
   1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
   2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
2. Świadczeniobiorcy, 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 podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.
3. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.
4. (uchylony).

Art. 42.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej udzielane uprawnionym żołnierzom lub pracownikom także po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, pokrywa się z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Obrony Narodowej.

1a. Świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej udzielane weteranom poszkodowanym w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa pokrywa się z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest odpowiednio Minister Obrony Narodowej, minister właściwy do spraw wewnętrznych, Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego albo Szef Agencji Wywiadu.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej udzielane policjantom, funkcjonariuszom Straży Granicznej, funkcjonariuszom Biura Ochrony Rządu, strażakom Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownikom tych służb, oraz po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę, w związku z urazami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, pokrywa się z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw wewnętrznych.

2a. Prezes Rady Ministrów, Minister Obrony Narodowej oraz minister właściwy do spraw wewnętrznych, każdy w swoim zakresie, określą, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowe warunki otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1a,

2) tryb postępowania w sprawach, o których mowa w pkt 1,

3) sposób i tryb finansowania ponoszonych kosztów

– uwzględniając zasady wydatkowania środków publicznych.

Rozdział 3

Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 43.

1. Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu finansowania, o którym mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji, zaopatrzenie w leki objęte wykazem:

1) o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. a tej ustawy,

2) leków, które świadczeniobiorca posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów

– na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

2. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 1.

3. Osoba realizująca receptę jest obowiązana do odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz leków, które świadczeniobiorca posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów, uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony jego zdrowia, dostępność do leków, bezpieczeństwo ich stosowania oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Art. 44.

1. Osobom, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2, przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu finansowania, o którym mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji, zaopatrzenie w leki objęte wykazem, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o refundacji, oraz leki recepturowe.

1a. Uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych, zaopatrzenie w leki objęte wykazem, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o refundacji, oraz leki recepturowe, na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

1b. Uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi w przypadku przekroczenia wysokości limitu finansowania, o którym mowa w art. 37 ust. 2 pkt 6 ustawy o refundacji, przysługuje prawo do finansowania kwotą wykraczającą poza ten limit. Dofinansowanie może być dokonane ze środków budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej.

1c. Weteranowi poszkodowanemu przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazem, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, oraz leki recepturowe, na czas leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

2. Osobom, o których mowa w ust. 1 i 1a, receptę może wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego albo felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz albo felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 3.

5. Osoba realizująca receptę jest obowiązana odnotować na rewersie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.

6. Minister Obrony Narodowej określi, w drodze rozporządzenia, warunki i tryb ubiegania się o dofinansowanie kosztów, o których mowa w ust. 1b. Rozporządzenie powinno zapewnić sprawność postępowania w tych sprawach oraz adekwatność udzielanego dofinansowania w stosunku do ceny leku.

Art. 45.

1. Osobom:

   1) które są inwalidami wojskowymi,

   2) które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i art. 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2010 r. Nr 101, poz. 648 i Nr 113, poz. 745 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654) i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów,

   3) wymienionym w art. 42 i art. 59 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin

   – przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych zaopatrzenie w leki objęte wykazem, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o refundacji.

2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego albo felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz albo felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Lekarz albo felczer wystawiający receptę obowiązany jest wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

5. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 3.

5a. Osoba realizująca receptę jest obowiązana odnotować na rewersie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.

6. (uchylony).

Art. 46.

1. Inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych

żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, a także cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp" lub „Rpz" oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić lekarz ubezpieczenia zdrowotnego albo felczer ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarz albo felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

3. Lekarz albo felczer wystawiający receptę obowiązany jest wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

5. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 4.

6. Osoba realizująca receptę jest obowiązana do odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.

Art. 47.

1. Inwalidom wojennym i wojskowym, cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych oraz osobom represjonowanym przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

2. Uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

2a. Weteranowi poszkodowanemu w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego, pielęgniarki lub położnej ubezpieczenia zdrowotnego, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

2b. W przypadku gdy cena wyrobów medycznych jest wyższa od wysokości limitu finansowania ze środków publicznych, określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, wówczas weteranom poszkodowanym, o których mowa w ust. 2a, służy prawo do dofinansowania kwotą wykra-

czającą poza wysokość limitu finansowania ze środków publicznych, określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

2c. Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 2b, może być dokonane ze środków budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej – w odniesieniu do weteranów poszkodowanych-żołnierzy, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych – w odniesieniu do weteranów poszkodowanych-funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu i Państwowej Straży Pożarnej, z części pozostającej w dyspozycji Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego – w odniesieniu do weteranów poszkodowanych-funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego albo z części pozostającej w dyspozycji Szefa Agencji Wywiadu – w odniesieniu do weteranów poszkodowanych-funkcjonariuszy Agencji Wywiadu.

2d. Prezes Rady Ministrów, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych, każdy w swoim zakresie, określą, w drodze rozporządzenia, warunki i tryb ubiegania się o dofinansowanie kosztów, o których mowa w ust. 2b. Rozporządzenie powinno zapewnić sprawność postępowania w tych sprawach oraz adekwatność udzielanego dofinansowania w stosunku do ceny wyrobów medycznych.

3. Przepisy art. 38 ust. 2 i 3 ustawy o refundacji stosuje się odpowiednio.

Art. 47a.

1. Świadczeniobiorca będący żywym dawcą narządu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411, z 2009 r. Nr 141, poz. 1149 oraz z 2010 r. Nr 182, poz. 1228) ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzanych przez podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat.

2. Podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu, przekazuje niezwłocznie wyniki badań, o których mowa w ust. 1, do rejestru żywych dawców prowadzonego na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w ust. 1.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaj i zakres badań żywych dawców narządu wykonywanych w ramach monitorowania ich stanu zdrowia, mając na uwadze kontrolę ich stanu zdrowia związanego z oddaniem narządu.

Art. 47b.

1. Uprawniony żołnierz lub pracownik korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 24a, art. 44 ust. 1a, art. 47 ust. 2 oraz art. 57 ust. 2 pkt 12, na podstawie dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienia.

1a. Weteran poszkodowany korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 24b, art. 24c, art. 44 ust. 1c, art. 47 ust. 2a oraz art. 57 ust. 2 pkt 13, na podstawie dokumentu potwierdzającego przysługujące mu uprawnienia.

2. Prezes Rady Ministrów, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych, każdy w swoim zakresie, określą, w drodze rozporządzenia, podmioty uprawnione do wydawania dokumentów, o których mowa w ust. 1

i 1a, wzory tych dokumentów, tryb ich wydawania, wymiany lub zwrotu, a także dane zawarte w tych dokumentach, mając na względzie realizację uprawnień wynikających z ustawy oraz kierując się koniecznością zapewnienia sprawności postępowania przy wydawaniu dokumentów potwierdzających uprawnienia.

Art. 47c.

Osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

Rozdział 4
Programy zdrowotne

Art. 48.

1. Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Fundusz.

1a. Programy lekowe, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15, opracowuje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, realizuje, finansuje, monitoruje, nadzoruje i kontroluje Fundusz, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Do tych programów stosuje się przepisy ust. 2, 3, 8 i 9.

2. Programy zdrowotne dotyczą w szczególności:
   1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
   2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania;
   3) wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

2a. Ministrowie i jednostki samorządu terytorialnego przekazują projekt programu zdrowotnego celem jego zaopiniowania przez Agencję.

2b. Agencja sporządza opinię w sprawie projektu programu zdrowotnego w oparciu o kryteria, o których mowa w art. 31a ust. 1, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu tego programu.

3. Program zdrowotny może być realizowany w okresie jednego roku albo wielu lat.

4. W przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez inne niż Fundusz podmioty, o których mowa w ust. 1, wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.

5. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 4, podmiot, o którym mowa w ust. 1, ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

6. W ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 5, określa się w szczególności:
   1) przedmiot konkursu ofert;
   2) wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego;
   3) termin i miejsce składania ofert.

7. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.
8. W przypadku programów zdrowotnych opracowywanych, wdrażanych, realizowanych i finansowanych przez Fundusz, dokonuje on wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawiera z nim umowy, na zasadach i w trybie określonych dla umów zawieranych ze świadczeniodawcami.
9. Do wyboru realizatora programu zdrowotnego nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Rozdział 5
Dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 49.

1. Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiającym potwierdzanie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest kartą typu elektronicznego.
3. Karta ubezpieczenia zdrowotnego zawiera w szczególności następujące dane:
   1) imię (imiona) i nazwisko;
   2) datę urodzenia;
   3) numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
   4) numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczenia zdrowotnego;
   5) dwuznakowy kod ISO 3166–1 dla Rzeczypospolitej Polskiej;
   6) datę ważności karty;
   7) numer identyfikacyjny karty.
4. Funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić również inny dokument typu elektronicznego, o ile zawiera dane wskazane w ust. 3 pkt 1–3 oraz spełnia funkcje, o których mowa w ust. 1.
5. Karta ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić funkcję Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.
6. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest wydawana bezpłatnie. W przypadku utraty karty ubezpieczenia zdrowotnego za wydanie nowej karty pobiera się opłatę w wysokości 1,5% minimalnego wynagrodzenia.
7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, zwolnić ubezpieczonego z obowiązku ponoszenia opłaty, o której mowa w ust. 6. Przepisy art. 109 i 110 stosuje się odpowiednio.
8. (uchylony).
9. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:
   1) wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz sposób jej wykonania, uwzględniając przepisy Unii Europejskiej w sprawie wzoru Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego,
   2) wzór wniosku o wydanie karty ubezpieczenia zdrowotnego,

3) szczegółowy zakres danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz ich format,

4) tryb wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego

– uwzględniając konieczność identyfikacji ubezpieczonych, potwierdzania prawa ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej i elektronicznego potwierdzania wykonanych świadczeń, konieczność zapewnienia przejrzystości danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz sprawność postępowania w sprawie wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego.

10. Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 9, może także określać dokumenty mogące pełnić funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględniając możliwość potwierdzenia przez te dokumenty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcję potwierdzenia udzielenia tych świadczeń.

Art. 50.

1. Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:
   1) kartę ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonego oraz osób, do których stosuje się art. 67 ust. 4–7;
   2) dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 – w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony.
2. Przedstawienie przez świadczeniobiorcę dokumentów, o których mowa w ust. 1, nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
   1) świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia;
   2) świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3.
3. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej może zostać potwierdzone na podstawie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.[23)]), sporządzonego, na podstawie numeru PESEL, przez Fundusz dla świadczeniodawcy lub niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji i przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.[24)]) z zapewnieniem integralności i pouf-

[23)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 12, poz. 65 i Nr 73, poz. 501, z 2008 r. Nr 127, poz. 817, z 2009 r. Nr 157, poz. 1241, z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 167, poz. 1131 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 185, poz. 1092 i Nr 204, poz. 1195.

[24)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 173, poz. 1808, z 2007 r. Nr 50, poz. 331, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056 i Nr 216, poz. 1371, z 2009 r. Nr 201, poz. 1540 oraz z 2011 r. Nr 85, poz. 459 i Nr 134, poz. 779.

ności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakie muszą spełniać świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, występujący do Funduszu o dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, mając na uwadze konieczność zapewnienia integralności oraz poufności przetwarzanych danych.

5. Dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, zawiera imię i nazwisko oraz numer PESEL świadczeniobiorcy, a także informację, według stanu na dzień sporządzenia dokumentu, o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

6. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3 świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.

7. Świadczeniobiorca składający oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

7a. W sytuacji udzielania świadczeniobiorcy stacjonarnych albo całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, obejmuje okres od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia do dnia zakończenia udzielania świadczenia, nie dłuższy jednak niż do końca miesiąca następującego po miesiącu rozpoczęcia udzielania świadczenia. W przypadku, gdy świadczenie opieki zdrowotnej trwa dłużej – świadczeniobiorca składa kolejne oświadczenie, które obejmuje okres nie dłuższy niż jeden miesiąc.

8. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, zawiera imię i nazwisko, adres zamieszkania, wskazanie podstawy prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, numer PESEL oraz wskazanie dokumentu, na podstawie którego świadczeniodawca potwierdził tożsamość świadczeniobiorcy, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 9. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji potwierdza podpisem na oświadczeniu dane identyfikujące dokument, na podstawie którego potwierdzono tożsamość.

9. W przypadku świadczeniobiorców małoletnich oraz innych osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742). Przepisy ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory oświadczeń, o których mowa w ust. 6 i 9, mając na względzie zapewnienie czytelności oświadczeń.

11. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, świadczenie opieki

zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 6. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.

12. Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi w ust. 11, jednak w okresie nie dłuższym niż 1 rok, licząc od dnia upływu tych terminów, przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, nie może stanowić podstawy odmowy przez świadczeniodawcę zwolnienia świadczeniobiorcy z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów.

13. Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 11 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu terminów określonych w ust. 11.

14. W przypadku dzieci do ukończenia 3. miesiąca życia, które nie posiadają numeru PESEL, potwierdzenie, o którym mowa w ust. 3, następuje na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.

15. Fundusz nie może odmówić świadczeniodawcy sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej z powodu braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie, albo żądać od niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej poniesionych przez Fundusz pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną, jeżeli:

   1) w dniu udzielenia tego świadczenia potwierdził, w sposób określony w ust. 3, prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej albo świadczeniobiorca ten w tym dniu przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6,

   2) świadczeniobiorca w terminie przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, w przypadkach określonych w ust. 11

   – o ile świadczenie to zostało zrealizowane zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą albo niebędącą świadczeniodawcą osobą uprawnioną w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

16. W przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku:

   1) posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu, albo

1a) potwierdzenia prawa do świadczeń w sposób określony w ust. 3 osób, o których mowa w art. 52 ust. 1, albo

2) złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6

– osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia.

17. Przepisu ust. 16 pkt 2 nie stosuje się do osoby, która w chwili składania oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

18. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w ust. 16, które Fundusz poniósł zgodnie z ust. 15, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek poniesienia kosztów i ich wysokość oraz termin płatności. Do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

19. Od kwoty należności, o których mowa w ust. 18, nalicza się odsetki ustawowe, poczynając od dnia, w którym upłynął termin płatności tych należności.

20. Nie wydaje się decyzji, o której mowa w ust. 18, jeżeli od dnia, w którym zakończono udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 15, upłynęło 5 lat.

21. Należności, o których mowa w ust. 18, ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca te należności stała się ostateczna.

22. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może umorzyć w całości albo w części spłatę należności ustalonej w decyzji, o której mowa w ust. 18, lub odroczyć spłatę tej należności, lub rozłożyć ją na raty, stosując odpowiednio zasady określone w art. 56–58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.[25)]).

Art. 50a.

1. Fundusz ustala podmioty, które powinny ponieść koszty rozliczonego przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej i obciąża te podmioty kosztami, z uwzględnieniem art. 50 ust. 15 i 16.

2. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej trwających dłużej niż jeden dzień, dla których ustalono więcej niż jeden podmiot, który powinien ponieść koszt rozliczonego świadczenia opieki zdrowotnej, poniesiony przez Fundusz koszt tego świadczenia dzielony jest proporcjonalnie do czasu jego trwania. Przy ustalaniu kosztu tego świadczenia nie stosuje się art. 44 i art. 45 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

3. Należności z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych:

1) ubezpieczonym,

2) osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji,

3) osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 12 pkt 2–4, 6 i 9

[25)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 96, poz. 620, Nr 123, poz. 835, Nr 152, poz. 1020, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1726 oraz z 2011 r. Nr 185, poz. 1092, Nr 201, poz. 1183, Nr 234, poz. 1386, Nr 240, poz. 1429 i Nr 291, poz. 1707.

– świadczeniodawca może przedstawić na jednym rachunku łącznie.

Art. 51.

1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), oddział wojewódzki Funduszu wydaje Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.
2. Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, wydaje się na zasadach i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji.
3. Zaświadczenie określone w ust. 1 dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16 i art. 67 ust. 7, zamieszkałych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), wydaje Mazowiecki Oddział Wojewódzki Funduszu.
4. Przepisy wydane na podstawie art. 49 ust. 9 pkt 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 52.

1. Osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w celu korzystania z tych świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oddział wojewódzki Funduszu wydaje dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „poświadczeniem”.
2. Poświadczenie zawiera następujące dane:
   1) imiona i nazwisko;
   2) datę urodzenia;
   3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie, o której mowa w ust. 1, nie nadano tego numeru – serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych;
   4) adres miejsca zamieszkania;
   5) nazwę instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej;
   6) adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   7) zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji;
   8) okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   9) numer poświadczenia.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób wydawania poświadczenia oraz jego

wzór, uwzględniając dane, o których mowa w ust. 2, oraz dokumenty, na podstawie których są wydawane poświadczenia, kierując się koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i rzetelnego potwierdzania prawa do tych świadczeń.

Art. 53.

1. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji jest poświadczenie wydawane przez Fundusz lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń, wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą.

1a. W przypadku wydania poświadczenia, o którym mowa w ust. 1, prawo osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji może zostać potwierdzone w sposób określony w art. 50 ust. 3.>

2. Jeżeli poświadczenie albo dokument, o których mowa w ust. 1, nie zostaną przedstawione w przypadku:

   1) stanu nagłego,

   2) porodu

   – przepisy art. 50 ust. 11–15 i 18–22 stosuje się odpowiednio.

Art. 54.

1. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo.

2. Decyzja, o której mowa w ust. 1, powinna zawierać numer PESEL świadczeniobiorcy.

3. Decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje się po:

   1) przedłożeniu przez świadczeniobiorcę, o którym mowa w ust. 1, dokumentów potwierdzających:

      a) posiadanie obywatelstwa polskiego,

      b) zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

   2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;

   3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

   4) stwierdzeniu braku okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego, o którym mowa w pkt 2.

4. Decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego – na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

5. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może wszcząć postępowanie w celu wydania decyzji, o

której mowa w ust. 1, również z urzędu lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy jest obowiązany dostarczyć w terminie 7 dni od dnia jej wydania, kopię tej decyzji właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu.

7. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 1, przysługuje przez okres 90 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest:

   1) dzień złożenia wniosku,

   2) w przypadku udzielania świadczeń w stanie nagłym – dzień udzielenia świadczenia

   – chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

8. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, z urzędu przez wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje od dnia określonego w decyzji przez okres 90 dni od tego dnia.

9. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 7 ust. 2, niezwłocznie stwierdza wygaśnięcie decyzji, o której mowa w ust. 1, w przypadku gdy w okresie, o którym mowa w ust. 7 i 8:

   1) świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym lub

   2) w przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 10.

10. Świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 7 ust. 2, jest obowiązany niezwłocznie poinformować wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na swoje miejsce zamieszkania o:

    1) każdej zmianie w sytuacji dochodowej lub majątkowej;

    2) objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym.

11. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może upoważnić kierownika ośrodka pomocy społecznej do załatwiania spraw i wydawania decyzji w jego imieniu dotyczących potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.

12. Przepisów ust. 1–11 nie stosuje się do medycznych czynności ratunkowych udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni przez jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w warunkach pozaszpitalnych.

DZIAŁ III

Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 55.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem

zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 6 odpowiednio dla lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, zgodnie z zakresem, o którym mowa w ust. 1, w szczególności dostęp do:
   1) opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu chorego;
   2) badań diagnostycznych.
3. Na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu zawiera odrębną umowę.
4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez umieszczenie informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy.
5. Osoba udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej poza siedzibą świadczeniodawcy i jednostkami organizacyjnymi świadczeniodawcy korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń oraz dobro pacjenta.

Art. 56.

1. Wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorca potwierdza pisemnym oświadczeniem woli, zwanym dalej „deklaracją wyboru”.

1a. Dokonanie przez świadczeniobiorcę wyboru, o którym mowa w ust. 1, nie wiąże go w zakresie świadczeniodawcy udzielającego świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

2. Deklaracja wyboru zawiera:
   1) dane dotyczące świadczeniobiorcy:
      a) imię i nazwisko,
      b) nazwisko rodowe,
      c) datę urodzenia,
      d) płeć,
      e) numer PESEL, o ile taki został nadany,
      f) miejsce nauki – w przypadku uczniów i studentów,
      g) adres zamieszkania,
      h) numer telefonu;
   2) określenie, który raz w danym roku dokonywany jest wybór;
   3) numer karty ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonych;
   4) kod oddziału wojewódzkiego Funduszu;

5) dane dotyczące lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej:
   a) imię i nazwisko,
   b) siedzibę świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
   c) miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
6) datę dokonania wyboru;
7) podpis świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;
8) podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru.

3. Wzór deklaracji wyboru określi Prezes Funduszu.
4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany:
   1) udostępnić świadczeniobiorcy deklarację wyboru i sprawdzić poprawność jej wypełnienia;
   2) przed przyjęciem deklaracji wyboru sprawdzić uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ustawie.
5. Wypełnione deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie, zapewniając ich dostępność świadczeniobiorcom, którzy je złożyli, z zachowaniem wymagań wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.[26)]).

Art. 57.

1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane do świadczeń:
   1) ginekologa i położnika;
   2) dentysty;
   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 i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów;
   10a) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
   11) dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie lecznictwa odwykowego;

[26)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2004 r. Nr 25, poz. 219 i Nr 33, poz. 285, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 oraz z 2007 r. Nr 165, poz. 1170 i Nr 176, poz. 1238.

12) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;

13) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

3. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, o których mowa w ust. 1, mogą być udzielane również w poradni przyszpitalnej.

Art. 58.

Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Art. 59.

Świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 60.

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Art. 61.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 47a, 57 ust. 2 i art. 60.

Art. 62–63c. (uchylone).

Art. 64.

1. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę:

1) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;

2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

3) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;

4) przestrzegania zasad wystawiania recept;

5) dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych w upoważnieniu do prowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli. Przepisy art. 173 ust. 5–9 stosuje się odpowiednio.

3. Kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych przeprowadzają upoważnieni pracownicy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, posiadający wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.

4. Kontrolę dokumentacji medycznej oraz jakości i zasadności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może zlecić, w razie potrzeby, osobie posiadającej wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli, a w przypadku konieczności zbadania lub rozstrzygnięcia określonych zagadnień wymagających specjalnych kwalifikacji – powołać specjalistę w danej dziedzinie.

5. Świadczeniodawca jest obowiązany do przedkładania podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.

5a. Osoba przeprowadzająca kontrolę, zwana dalej „kontrolerem”, może sporządzać lub zażądać od świadczeniodawcy sporządzenia niezbędnych odpisów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń sporządzanych na podstawie dokumentów.

5b. Zgodność z oryginałami dokumentów, odpisów i wyciągów oraz zestawień i obliczeń, o których mowa w art. 5a, potwierdza świadczeniodawca lub osoba przez niego upoważniona. W przypadku odmowy, potwierdzenia dokonuje kontroler.

6. Z przebiegu przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, który jest podpisywany przez kontrolera i świadczeniodawcę.

6a. Świadczeniodawca może w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli zgłosić na piśmie zastrzeżenia do tego protokołu.

6b. Zastrzeżenia do protokołu kontroli rozpatruje kontroler w terminie 14 dni. Kontroler dokonuje ich analizy i w miarę potrzeby podejmuje dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń zmienia lub uzupełnia odpowiednią część protokołu kontroli.

6c. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części kontroler niezwłocznie przekazuje na piśmie swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia.

6d. Świadczeniodawca może odmówić podpisania protokołu, składając w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy.

6e. O odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontroler czyni wzmiankę w protokole.

6f. Odmowa podpisania protokołu przez świadczeniodawcę nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustaleń kontroli.

7. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych sporządza wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia nieprawidłowości.

8. Świadczeniodawca może, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, zgłosić zastrzeżenia podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Zastrzeżenia rozpatruje się w terminie 14 dni. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń niezwłocznie informuje się o tym świadczeniodawcę.
9. Świadczeniodawca jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń, do poinformowania podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.
11. Przepisy ust. 1–10 stosuje się odpowiednio do przeprowadzania kontroli umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

DZIAŁ IV
Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu

Rozdział 1
Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 65.

Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

1) równego traktowania oraz solidarności społecznej;
2) zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

Art. 66.

1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:
   1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, 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, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie

działalności gospodarczej na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej,

d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,

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

f) osobami duchownymi,

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

h) osobami pobierającymi świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osobami pobierającymi zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osobami pobierającymi wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy,

i) osobami pobierającymi świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia;

2) żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny – o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu;

3) osoby odbywające służbę zastępczą;

4) osoby podlegające kwalifikacji wojskowej pełniące służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu;

5) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową;

6) policjanci;

7) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;

8) funkcjonariusze Agencji Wywiadu;

8a) funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego;

8b) funkcjonariusze Służby Kontrwywiadu Wojskowego;

8c) funkcjonariusze Służby Wywiadu Wojskowego;

9) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu;

10) funkcjonariusze Straży Granicznej;

11) funkcjonariusze Służby Celnej;

12) funkcjonariusze Służby Więziennej;

13) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;

14) posłowie pobierający uposażenia poselskie oraz senatorowie pobierający uposażenie senatorskie;

15) sędziowie i prokuratorzy;

15a) ławnicy sądowi niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

16) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze;

17) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

18) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

19) dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego nieprzebywające w placówkach, o których mowa w pkt 18, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z zastrzeżeniem art. 81 ust. 8 pkt 3;

20) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1;

21) 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. 3 ust. 2 pkt 2;

22) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej;

23) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15. roku życia niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

24) bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

24a) osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

25) 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 2003 r. Nr 58, poz. 514, z późn. zm.[27)]) niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

26) osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

27) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, objęte indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

[27)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 142, poz. 1380, Nr 166, poz. 1608, Nr 203, poz. 1966, Nr 210, poz. 2036 i 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 69, poz. 624 i Nr 96, poz. 959.

28) osoby pobierające specjalny zasiłek opiekuńczy lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

28a) osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne, przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

29) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

30) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizujące kontrakt socjalny w wyniku zastosowania procedury, o której mowa w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.[28)]), niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

31) kombatanci i osoby represjonowane niepodlegający ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty;

31a) cywilne niewidome ofiary działań wojennych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

32) osoby korzystające z urlopu wychowawczego niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

32a) osoby, o których mowa w art. 6a ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

33) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

34) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1–33 i 35–37;

35) członkowie rad nadzorczych posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

36) aplikanci Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury;

37) osoby pobierające nauczycielskie świadczenia kompensacyjne.

2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 17–20, 26–28a, 30 i 33.

[28)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 70, poz. 416, Nr 134, poz. 850, Nr 171, poz. 1056, Nr 216, poz. 1367 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 69, poz. 595, Nr 91, poz. 742, Nr 97, poz. 800, Nr 115, poz. 964, Nr 125, poz. 1035, Nr 127, poz. 1052, Nr 161, poz. 1278 i Nr 219, poz. 1706, z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 81, poz. 531, Nr 238, poz. 1578, Nr 239, poz. 1593, Nr 254, poz. 1700 i Nr 257, poz. 1725 i 1726 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235.

3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do małżonków, wobec których orzeczono separację prawomocnym wyrokiem sądu.

Art. 67.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej temu obowiązkowi zgodnie z przepisami art. 74–76 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.

1a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, oraz członków ich rodzin.

2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego uzyskuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

3a. W przypadku członków rodziny do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z tym że wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.

4. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osób, o których mowa w ust. 2 i 3, ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego.

5. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę:

1) ponadgimnazjalną – wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów;

2) wyższą – wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów.

6. Osoba, o której mowa w ust. 2, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej 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.

7. Osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.

Art. 68.

1. Osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, pracownik przebywający na urlopie bezpłatnym, poseł do Parlamentu Europejskiego wybrany w Rzeczypospolitej Polskiej lub osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, do której ma zastosowanie art. 11 ust. 3 lit. e rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.
3. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, w terminie 7 dni od dnia określonego w umowie, o której mowa w ust. 5, lub od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia.
4. 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) korzystającego, o którym mowa w ust. 2, stanowi kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu;
   3) osobę, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1–4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.
5. 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.
6. Wolontariusz, o którym mowa w ust. 2, zostaje objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez korzystającego z Funduszem, a przestaje być nim objęty z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.
7. Objęcie osoby, o której mowa w ust. 1, ubezpieczeniem zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty na rachunek Funduszu.
8. Wysokość opłaty 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.

9. Opłata nie dotyczy osób wymienionych w art. 3 ust. 2.

10. Przy obliczaniu opłaty do okresu, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była ubezpieczona, dolicza się okres niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie dotychczasowych przepisów.

11. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby, o której mowa w ust. 1, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na 12 rat.

12. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, o której mowa w ust. 1, i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, oraz wolontariusza, o którym mowa w ust. 2, przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

Art. 69.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a i c–i, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniach społecznych.

1a. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, które na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej, stosuje się odpowiednio art. 68.

2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, 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 traci prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu.

4. Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego każda osoba może ubezpieczyć się na zasadach określonych w art. 68.

Art. 70.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2–4, 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. 66 ust. 1 pkt 5–13 i 15, powstaje z dniem nawiązania stosunku służbowego, a wygasa z dniem jego ustania.

Art. 71.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 14, powstaje z dniem przyznania im uposażenia, a wygasa z dniem utraty prawa do pobierania uposażenia.

Art. 72.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających emeryturę lub rentę powstaje od dnia, od którego przysługuje wypłata emerytury lub renty, i wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia.
2. W przypadku zawieszenia prawa do renty socjalnej z przyczyn, o których mowa w art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz. U. Nr 135, poz. 1268, z późn. zm.[29)]), prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 90 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.
3. 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. 73.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego:

1) uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17, 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. 66 ust. 1 pkt 18, 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. 66 ust. 1 pkt 19, 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. 66 ust. 1 pkt 19, jeżeli na podstawie wywiadu rodzinnego (środowiskowego) stwierdzi, iż warunki materialne opiekunów prawnych lub faktycznych dziecka umożliwiają jego ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych w art. 68;
4) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20 i 22, powstaje z dniem immatrykulacji lub przyjęcia na studia doktoranckie i złożenia oświadczenia o

[29)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 120, poz. 1252, z 2005 r. Nr 94, poz. 788, z 2006 r. Nr 144, poz. 1043, z 2007 r. Nr 120, poz. 818 i Nr 176, poz. 1241 oraz z 2008 r. Nr 70, poz. 416.

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. 66 ust. 1 pkt 21, 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. 66 ust. 1 pkt 23, powstaje z dniem przyznania stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do jego pobierania;

7) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24, powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego, a wygasa z dniem utraty tego statusu;

7a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24a, powstaje z dniem nabycia prawa do stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do niego;

8) osób pobierających świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny 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. 66 ust. 1 pkt 25 – 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. 66 ust. 1 pkt 26, obejmuje okres od dnia przyznania zasiłku do dnia utraty prawa do zasiłku;

10) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28 i 28a, obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania do dnia utraty prawa do ich pobierania;

11) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 29, 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;

12) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, powstaje od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu integracji, a wygasa z dniem zakończenia lub wstrzymania realizacji tego programu;

13) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 30:

a) powstaje po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego, a wygasa z dniem zakończenia realizacji programu lub zaprzestania realizacji programu w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu socjalnym,

b) powstaje po upływie 30 dni od dnia podpisania kontraktu socjalnego, a wygasa z dniem zakończenia realizacji kontraktu socjalnego lub zaprzestania realizacji kontraktu socjalnego, o którym mowa w przepisach o pomocy społecznej;

14) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31, 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;

14a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31a, powstaje z dniem złożenia w organie rentowym, w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, oświadczenia o braku innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem ustania tego warunku;

15) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32, powstaje z dniem rozpoczęcia urlopu, a wygasa z dniem zakończenia urlopu;

15a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32a, powstaje z dniem objęcia ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi w związku ze sprawowaniem osobistej opieki nad dzieckiem, a wygasa z dniem zakończenia sprawowania tej opieki;

16) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 33, powstaje z dniem, w którym świadczenie alimentacyjne staje się wymagalne, a wygasa w dniu, w którym świadczenie to przestaje być wymagalne;

17) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, powstaje z dniem powołania na członka rady nadzorczej, a wygasa w dniu zaprzestania pełnienia tej funkcji;

17a) ławników sądowych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, powstaje z dniem wyboru na stanowisko ławnika sądowego, a wygasa z dniem upływu kadencji lub wcześniejszego wygaśnięcia mandatu;

18) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, powstaje z dniem przyznania stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do jego pobierania;

19) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 37, obejmuje okres od dnia przyznania prawa do nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego do dnia utraty prawa do jego pobierania.

Art. 74.

1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, osób wymienionych w art. 75 i art. 76 oraz członków ich rodzin stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych lub do ubezpieczenia społecznego rolników oraz wyrejestrowywania z tych ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 75 ust. 1–2a, art. 77 i art. 86 ust. 6.

2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2–8 i 8b–15 oraz członków ich rodzin, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych oraz wyrejestrowywania z tych ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 77.

Art. 75.

1. Osoby pobierające emeryturę lub rentę zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwa do wydania decyzji w

sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, właściwy organ emerytalny lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.

2. Osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.

2a. Osoby pobierające nauczycielskie świadczenia kompensacyjne zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.

3. 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.

3a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego sąd, w którym ławnik pełni swoją funkcję.

4. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17, 18 i 20, 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.

5. Dzieci, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 19, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej na wniosek opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka albo z własnej inicjatywy.

6. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 21, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio wyższe seminarium duchowne albo teologiczne lub zakon albo jego odpowiednik.

7. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 22, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

8. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 23, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.

9. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego właściwy powiatowy urząd pracy.

9a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot kierujący (beneficjent) na szkolenie, staż lub przygotowanie zawodowe dorosłych, którym jest:

1) jednostka samorządu terytorialnego i jej jednostka organizacyjna, z wyjątkiem wojewódzkiego i powiatowego urzędu pracy,

2) Ochotniczy Hufiec Pracy,

3) agencja zatrudnienia,

4) instytucja szkoleniowa,

5) instytucja dialogu społecznego,

6) instytucja partnerstwa lokalnego,

7) organizacja pozarządowa działająca na rzecz rozwoju zasobów ludzkich i przeciwdziałania bezrobociu,

8) jednostka naukowa,

9) organizacja pracodawców,

10) związek zawodowy,

11) wojewódzki ośrodek doradztwa rolniczego,

12) ośrodek poradnictwa zawodowego i psychologicznego

– korzystający z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych na podstawie umowy o dofinansowanie projektu albo decyzji, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz. U. Nr 116, poz. 1206, z późn. zm.[30)]) albo ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. Nr 227, poz. 1658, z 2007 r. Nr 140, poz. 984 oraz z 2008 r. Nr 216, poz. 1370).

10. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 26, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej.

11. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28 i 28a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego wójt, burmistrz lub prezydent miasta.

12. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 29 i 30, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program zatrudnienia socjalnego lub indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub ośrodek pomocy społecznej realizujący kontrakt socjalny w wyniku zastosowania procedury, o której mowa w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

13. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji.

14. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.

14a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, w której zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w art. 73 pkt 14a.

15. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.

15a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

16. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 34, do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszają się same za pośrednictwem Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te są obowiązane niezwłocznie złożyć w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego.

[30)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 90, poz. 759 i Nr 267, poz. 2251, z 2006 r. Nr 149, poz. 1074 i Nr 249, poz. 1832 oraz z 2008 r. Nr 216, poz. 1370.

17. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot, w którym działa rada nadzorcza.

18. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury.

Art. 76.

Osoby niewymienione w art. 74 i 75 do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszają się same.

Art. 76a.

1. Osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny.

2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do Funduszu członków rodziny, jest obowiązana poinformować podmiot właściwy do dokonania wyrejestrowania o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.

3. Wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia.

Art. 77.

1. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 74–76a, są kierowane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

1a. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, oraz członków ich rodzin kierowane są do centrali Funduszu.

2. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, zawierają:

1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez osobę zgłaszaną do ubezpieczenia zdrowotnego;

2) wskazanie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w przypadku osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

3) nazwisko i imię;

4) datę urodzenia;

4a) płeć;

5) adres zamieszkania;

6) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

3. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, podmiot obowiązany do zgłoszenia ubezpieczonego przesyła odpowiednio do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego 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) informację o znacznym stopniu niepełnosprawności;
   6) numer PESEL, a w przypadku gdy członkowi rodziny nie nadano numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;
   7) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym – w przypadku osób, o których mowa w art. 5 pkt 3 lit c.

Art. 78.

Na wniosek ministra właściwego do spraw finansów publicznych kontrolę w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego określonych przepisami ustawy przeprowadza:
   1) minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych;
   2) minister właściwy do spraw rozwoju wsi w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Rozdział 2
Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 79.

1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 82 i 242.
2. Składka jest miesięczna i niepodzielna.

Art. 80.

1. (uchylony).
2. Rolnik prowadzący działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników opłaca składki na ubezpieczenie zdrowotne od deklarowanej podstawy wymiaru składki:
   1) odpowiadającej dochodowi ustalonemu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych, w kwocie nie niższej jednak niż kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia;
   2) odpowiadającej minimalnemu wynagrodzeniu, w przypadku prowadzenia działalności niepodlegającej opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

3. (uchylony).

4. Składka rolnika na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje członków jego rodziny, jeżeli nie są oni domownikami w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Art. 81.

1. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a, d–i i pkt 3 i 11, stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 10.

2. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski". Składka w nowej wysokości obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku.

2a. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. e zatrudnionych jako niania, o której mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. Nr 45, poz. 235), sprawujących opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej stanowi przychód, z zastrzeżeniem, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne opłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ze środków budżetu państwa stanowi kwota nie wyższa niż wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę w danym roku kalendarzowym ustalona zgodnie z przepisami o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

3. Podstawę wymiaru składek dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 5–10, 12 i 13, stanowi kwota odpowiadająca uposażeniu tych osób.

4. Podstawę wymiaru składek dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2 i 4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

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 z dnia 13 października 1998 r. 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 minimalnego wynagrodzenia.

8. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla:

1) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 14 i 15, jest kwota odpowiadająca wysokości uposażenia albo wynagrodzenia tych osób;

1a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, jest kwota uzyskiwanej diety;

2) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16, jest kwota emerytury, renty pomniejszona o kwotę spłaty nadpłaty świadczenia, 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. 66 ust. 1 pkt 17–20, jest kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

4) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 22 i 23, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium;

5) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium, a w przypadku niepobierania przez bezrobotnego zasiłku lub stypendium – kwota odpowiadająca wysokości zasiłku dla bezrobotnych, o której mowa w art. 72 ust. 1 pkt 2 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

5a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24a, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium;

6) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 25, jest kwota zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, a w przypadku niepobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego – kwota odpowiadająca wysokości świadczenia przedemerytalnego;

6a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 37, jest kwota nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego;

7) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 26, jest kwota odpowiadająca wysokości przyznanego zasiłku stałego z pomocy społecznej;

8) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, 29 i 30, jest maksymalna kwota zasiłku stałego z pomocy społecznej;

9) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28 i 31, jest kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

9a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31a, jest kwota odpowiadająca wysokości renty socjalnej;

9b) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28a, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

10) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32 i 32a, jest kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

11) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 33, jest kwota odpowiadająca kwocie faktycznie otrzymanych alimentów, nie wyższa jednak od wysoko-

ści specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

12) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, jest kwota przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych otrzymywanego z tytułu pełnionej funkcji;

13) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium.

9. W przypadku przyznania ubezpieczonemu prawa do emerytury, renty lub zasiłków z ubezpieczenia społecznego albo świadczeń pieniężnych dla cywilnych ofiar wojny za okres, za który ubezpieczony pobierał świadczenie z innego właściwego organu emerytalnego lub rentowego, zasiłek, dodatek szkoleniowy, stypendium lub inne świadczenie pieniężne z tytułu pozostawania bez pracy albo zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne w wysokości uwzględniającej zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych i składkę na ubezpieczenie zdrowotne – Zakład Ubezpieczeń Społecznych przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne odejmuje te kwoty od przyznanego świadczenia.

10. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. f i pkt 21, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych, jest kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

11. Rada Ministrów określi, 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. 82.

1. W przypadku gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie.

2. W przypadku gdy w ramach jednego z tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego wymienionych w art. 66 ust. 1 ubezpieczony uzyskuje więcej niż jeden przychód, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego z uzyskanych przychodów odrębnie.

3. Jeżeli ubezpieczony prowadzący działalność pozarolniczą uzyskuje przychody z więcej niż jednego z rodzajów działalności określonych w ust. 5, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana odrębnie od każdego rodzaju działalności, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Jeżeli ubezpieczony prowadzący działalność pozarolniczą uzyskuje przychody z więcej niż jednej spółki w ramach tego samego rodzaju działalności, o której mowa w ust. 5 pkt 1–5, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest odrębnie od każdej prowadzonej spółki.

5. Rodzajami działalności są:
   1) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki cywilnej;
   2) działalność gospodarcza prowadzona w formie jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością;
   3) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki jawnej;
   4) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki komandytowej;
   5) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki partnerskiej;
   6) wykonywanie działalności twórczej lub artystycznej jako twórca lub artysta;
   7) wykonywanie wolnego zawodu w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne;
   8) wykonywanie wolnego zawodu, z którego przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;
   9) inna niż określona w pkt 1–8 pozarolnicza działalność gospodarcza prowadzona na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.
6. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku ubezpieczony ma obowiązek poinformować płatnika składek o opłacaniu składek z innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.
7. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, gdy w ramach każdego z tych tytułów składka finansowana jest z budżetu państwa, składka jest opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej. Jeżeli tytuły powstały równocześnie, składka jest opłacana z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.
8. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę, której świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia, od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, w przypadku gdy osoba ta:
   1) uzyskuje dodatkowe przychody z tego tytułu w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
   2) opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.
9. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę zaliczoną do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, w przypadku gdy osoba ta:
   1) uzyskuje przychody z tego tytułu w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
   2) opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.
10. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana w wysokości nieprzekraczającej kwoty należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, w

przypadku gdy osoba zaliczona do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności uzyskuje przychód jedynie z tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c.

11. W przypadku gdy osoba duchowna, która nie jest podatnikiem zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych, uzyskuje przychód jedynie z tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w:

    1) art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a albo

    2) art. 66 ust. 1 pkt 16

    – składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest wyłącznie z tytułu, z którego osoba ta uzyskuje przychód.

Art. 83.

1. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 85 ust. 1–13, zgodnie z przepisami art. 79 i 81 jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307, z późn. zm.[31)]), składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.
2. W przypadku nieobliczania zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych przez płatnika, od przychodów stanowiących podstawę wymiaru składki, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.
3. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:
    1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek,
    2) przychód członka służby zagranicznej wykonującego obowiązki służbowe w placówce zagranicznej, z wyłączeniem dodatku zagranicznego i innych świadczeń przysługujących tym osobom,
    3) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 74 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16,
    4) przychód ubezpieczonego zwolniony od podatku na podstawie umów o unikaniu podwójnego opodatkowania lub innych umów międzynarodowych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 i 16,
    5) inny niż wymieniony w pkt 4 przychód ubezpieczonego, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych na podsta-

[31)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 57, poz. 352, Nr 75, poz. 473, Nr 105, poz. 655, Nr 149, poz. 996, Nr 182, poz. 1228, Nr 219, poz. 1442, Nr 226, poz. 1475 i Nr 226, poz. 1478.

wie art. 32 ust. 6 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,

6) przychód z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub przychód z tytułu pełnienia funkcji członka rady nadzorczej, od którego, na mocy przepisów ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, pobiera się zryczałtowany podatek dochodowy

– składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 79 i 81.

Art. 84.

1. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, z zastrzeżeniem art. 85 i 86.
2. W przypadku gdy wypłata przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne jest dokonywana przez komornika, składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca ubezpieczony bezpośrednio na rachunek bankowy wskazany przez właściwy oddział wojewódzki Funduszu.
3. Przy opłacaniu składki na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczony wymieniony w ust. 2 podaje:
   1) nazwisko i imię;
   2) adres zamieszkania;
   3) numer PESEL, a w przypadku jego nienadania – numer i serię innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego wymienionego w ust. 2 lub numer dokumentu potwierdzającego jego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
   4) okres, którego dotyczy składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Art. 85.

1. Za osobę pozostającą w stosunku pracy, w stosunku służbowym albo odbywającą służbę zastępczą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza pracodawca, a w razie wypłaty świadczeń pracowniczych z *Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych*, o których 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, z późn. zm.[32])*[33] – podmiot obowiązany do wypłaty tych świadczeń.
2. Za osobę pobierającą świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot, który wypłaca to świadczenie.
3. Za funkcjonariuszy, o których mowa w art. 81 ust. 7, składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza szkoła Państwowej Straży Pożarnej.

---

[32] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 127, poz. 1088, Nr 155, poz. 1287 i Nr 199, poz. 1673, z 2003 r. Nr 210, poz. 2037 i Nr 229, poz. 2271, z 2004 r. Nr 121, poz. 1264 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 132, poz. 1110.

[33] Obecnie: Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

4. Za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług oraz za osobę z nią współpracującą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza zamawiający, z zastrzeżeniem art. 86 ust. 1 pkt 13a.

5. Za osobę pobierającą świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, osobę pobierającą wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie lub w okresie korzystania ze świadczenia górniczego składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający świadczenie, zasiłek lub wynagrodzenie.

6. Za bezrobotnego pobierającego zasiłek lub stypendium składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza właściwy powiatowy urząd pracy.

6a. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24a, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot kierujący (beneficjent) na szkolenie, staż lub przygotowanie zawodowe dorosłych.

7. Za członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz członków ich rodzin składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza spółdzielnia.

8. Za osobę pobierającą uposażenie posła składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Kancelaria Sejmu, a za osobę pobierającą uposażenie senatora – Kancelaria Senatu.

9. Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty emerytury lub renty, o której mowa w art. 81 ust. 8 pkt 2 i ust. 9, i odprowadza jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwa do wydawania decyzji w sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, inny właściwy organ emerytalny lub rentowy lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy.

10. Za osobę pobierającą zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego i odprowadza jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

10a. Za osobę pobierającą nauczycielskie świadczenie kompensacyjne składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego i odprowadza jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

11. 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.

12. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 22, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

13. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 23, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający stypendium.

14. Za osobę współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność składkę oblicza, odprowadza i finansuje ze środków własnych osoba prowadząca pozarolniczą działalność.

15. Za osobę korzystającą z urlopu wychowawczego składkę na ubezpieczenie zdrowotne oblicza pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.

15a. Za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32a, składkę na ubezpieczenie zdrowotne jako płatnik oblicza Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

16. Za członka rady nadzorczej składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot, w którym działa rada nadzorcza.

17. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza sąd, w którym ławnik pełni swoją funkcję.

18. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, korzystającą ze świadczenia określonego w art. 42 ust. 1 ustawy o Krajowej Szkole Sądownictwa i Prokuratury, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury.

Art. 86.

1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

   1) (uchylony);

   2) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2, opłaca się z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej;

   3) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 4, opłaca się z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych;

   4) dzieci, uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17 i 18, 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 lub domu, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, opłaca szkoła lub zakład kształcenia nauczycieli, do którego uczeń lub słuchacz uczęszcza;

   5) dzieci, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 19, opłaca ośrodek pomocy społecznej;

   6) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia;

   7) bezrobotnych niepobierających zasiłku lub stypendium oraz osób niepobierających 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, opłaca właściwy urząd pracy;

8) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 26, opłaca ośrodek pomocy społecznej;

9) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28 i 28a, opłaca wójt, burmistrz lub prezydent miasta;

10) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, opłaca powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji;

11) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 29 i 30, opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub kierujący do uczestnictwa w zajęciach w centrum integracji społecznej lub ośrodek pomocy społecznej realizujący kontrakt socjalny w wyniku zastosowania procedury, o której mowa w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

12) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31, opłaca Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych;

13) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31a–32a, opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych;

13a) osób zatrudnionych jako niania, o której mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych – od podstawy stanowiącej kwotę nie wyższą niż wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego zgodnie z przepisami o minimalnym wynagrodzeniu za pracę;

14) osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1 i 4, jeżeli zostały uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadają ważną Kartę Polaka, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają lub będą odbywać studia;

15) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, niekorzystających ze świadczenia określonego w art. 42 ust. 1 ustawy o Krajowej Szkole Sądownictwa i Prokuratury, opłaca Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury.

2. Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2–15, 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.

2a. (uchylony).

3. Środki z budżetu państwa na składki wymienione w ust. 1 pkt 4 i 7 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 oraz ich odpowiedników, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku

dochodowego 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. 66 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. 87.

1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 84–86, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić i rozliczyć składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianych 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. W przypadku rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur, rent, nauczycielskich świadczeń kompensacyjnych, zasiłków przedemerytalnych i świadczeń przedemerytalnych oraz świadczeń pieniężnych dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych:
   1) nie przekazuje imiennych raportów miesięcznych;
   2) wykazuje składki w odrębnej deklaracji rozliczeniowej.

3. Od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobiera się odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:
   1) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a i c–i, pkt 2–8, 8b–33 i 35 oraz w art. 68 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2;
   1a) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 8a są opłacane i ewidencjonowane w centrali Funduszu;
   2) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 16 pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 34 są opłacane i ewidencjonowane w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
   3) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 36 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

5. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do centrali Funduszu.

6. 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 któ-

rym mowa w art. 47 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, przekazują nieodpłatnie do centrali Funduszu lub – na jego wniosek – do oddziału wojewódzkiego Funduszu, dane o ubezpieczonych oraz zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego członkach rodzin ubezpieczonych, określone w art. 188 ust. 4 pkt 1, 7–9 i 13, oraz o opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i 3, i w imiennym raporcie miesięcznym, oraz o odsetkach za zwłokę, w terminie 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających ustalenie ich wysokości i rozdzielenie ich na ubezpieczonych.

8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, przekazują nieodpłatnie centrali Funduszu lub oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, na ich wniosek, dane związane z:
   1) ustaleniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji;
   2) potwierdzaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) zgodnie z przepisami o koordynacji, dotyczące:
      a) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy,
      b) nazwy, rodzaju lub kategorii choroby zawodowej oraz stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku tej choroby,
      c) wypłacenia zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu wypadku przy pracy oraz przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, a także okresu, za który zostały wypłacone,
      d) uznania zdarzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego za wypadek przy pracy.

9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7–10 i 13, zawarte w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i 3, po przeprowadzeniu ich weryfikacji polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL.

9a. W przypadku gdy Fundusz na podstawie danych otrzymanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego stwierdzi, że osoba podlega w tym samym czasie obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zarówno z tytułu objęcia ubezpieczeniami społecznymi oraz ubezpieczeniem społecznym rolników, przekazuje tę informację do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

10. 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, podane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1, i

w imiennych raportach miesięcznych, za dany kwartał, nie później niż do ostatniego dnia drugiego miesiąca następującego po tym kwartale.

10a. Do 10. dnia każdego miesiąca organ prowadzący centralną ewidencję PESEL przekazuje do centrali Funduszu w formie elektronicznej:

1) zbiór nowo nadanych w poprzednim miesiącu numerów PESEL i odpowiadające im: imiona, nazwiska i nazwiska rodowe oraz wskazanie rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość danej osoby;

2) zbiór zawierający numery PESEL i odpowiadające im imiona, nazwiska i nazwiska rodowe osób, których zgon został zgłoszony w poprzednim miesiącu;

3) informacje o zmianie danych objętych zbiorami, o których mowa w pkt 1 i 2.

10b. Format przekazywanych danych, o których mowa w ust. 10a, uzgadnia organ prowadzący ewidencję numerów PESEL i Fundusz.

10c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, przekazują do centrali Funduszu odpowiednio dane dotyczące wszystkich osób pobierających zasiłki, o których mowa w art. 67 ust. 6, i wszystkich osób, które złożyły wniosek o emeryturę lub rentę, o których mowa w art. 67 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 10f, oraz o pracownikach korzystających z urlopu bezpłatnego.

10d. Zakres danych dotyczących wszystkich osób pobierających zasiłki, o których mowa w art. 67 ust. 6, i wszystkich osób, które złożyły wniosek o emeryturę lub rentę, o których mowa w art. 67 ust. 7, obejmuje dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7 i 9, tytuł uprawnienia oraz datę odpowiednio rozpoczęcia i zakończenia pobierania zasiłku albo datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę.

10e. Zakres danych dotyczących pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego obejmuje dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7 i 9, oraz datę rozpoczęcia i zakończenia urlopu bezpłatnego.

10f. Organ emerytalny właściwy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2004 r. Nr 8, poz. 66, z późn. zm.[34)]) oraz ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2004 r. Nr 8, poz. 67, z późn. zm.[35)]) wydaje osobie,

---

[34)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 121, poz. 1264 i Nr 191, poz. 1954, z 2005 r. Nr 10, poz. 65 i Nr 130, poz. 1085, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, z 2007 r. Nr 82, poz. 559, z 2008 r. Nr 208, poz. 1308, z 2009 r. Nr 24, poz. 145, Nr 79, poz. 669, Nr 95, poz. 785 i Nr 161, poz. 1278, z 2010 r. Nr 27, poz. 141, Nr 36, poz. 204, Nr 113, poz. 745 i Nr 167, poz. 1130 oraz z 2012 r. poz. 664.

[35)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 121, poz. 1264 i Nr 191, poz. 1954, z 2005 r. Nr 10, poz. 65, Nr 90, poz. 757 i Nr 130, poz. 1085, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, z 2007 r. Nr 82, poz. 558, z 2008 r. Nr 66, poz. 402 i 409 i Nr 220, poz. 1410, z 2009 r. Nr 24, poz. 145 i Nr 95, poz. 786, z 2010 r. Nr 113, poz. 745, z 2011 r. Nr 205, poz. 1203 oraz z 2012 r. poz. 637 i 664.

która złożyła wniosek o emeryturę lub rentę, zaświadczenie potwierdzające złożenie wniosku oraz przekazuje niezwłocznie kopię tego zaświadczenia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

10g. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 10f, zawiera dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7 i 9, tytuł uprawnienia oraz datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu i oddziału wojewódzkiego Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób, o których mowa w ust. 10c – 10e, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności i integralności przekazywanych danych.

12. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, terminy, zakres i tryb weryfikacji danych ubezpieczonych, o której mowa w ust. 9, oraz sposób postępowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w razie stwierdzenia ich niezgodności i tryb dokonywania niezbędnych korekt w przypadku stwierdzenia niezgodności przekazywanych danych, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.

Art. 88.

Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,20% kwoty tej części składek przekazanych do centrali Funduszu, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego) również w zakresie wysokości wpłat.

Art. 89.

Od kwoty nieprzekazanych w terminie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami Fundusz pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

Art. 90.

1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przeprowadzają kontrolę wykonywania obowiązków płatników w zakresie zgłoszenia ubezpieczonych do Funduszu i opłacania składki.
2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może zobowiązać Zakład Ubezpieczeń Społecz-

nych do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, określając jednocześnie jej zakres przedmiotowy i podmiotowy.

2a. Minister właściwy do spraw rozwoju wsi, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może zobowiązać 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.

5. Przepisów ust. 1–4 nie stosuje się do podmiotu zobowiązanego do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a.

Art. 91.

1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego comiesięcznie przekazują ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje dotyczące wysokości wpłat z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne i środków przekazanych z tego tytułu do Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres danych zawartych w informacjach, o których mowa w ust. 1, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi.

Art. 92.

Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób:

1) ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 5–8 i 8b–13, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostką,

2) zgłaszania i wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, i członków ich rodzin, oraz przekazywania składek na ubezpieczenie zdrowotne

– mając na uwadze względy obronności państwa.

Art. 93.

1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz należności z tytułu odsetek za zwłokę nieopłacone w terminie podlegają ściągnięciu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

2. Należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ulegają przedawnieniu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

Art. 94.

1. Zwrot nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne następuje na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.
2. (uchylony).
3. Od nienależnie pobranej emerytury, renty, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego albo świadczenia pieniężnego dla cywilnych ofiar wojny składka na ubezpieczenie zdrowotne nie podlega zwrotowi.

Art. 95.

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;
   2) od ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, karty podatkowej oraz zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych – 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 późn. zm.[36)]).
2. Odliczenia, o których mowa w ust. 1, nie mogą powodować zmniejszenia dochodów jednostek samorządu terytorialnego.

DZIAŁ V
Narodowy Fundusz Zdrowia

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 96.

1. Tworzy się Narodowy Fundusz Zdrowia będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.
2. W skład Funduszu wchodzą:
   1) centrala Funduszu;
   2) oddziały wojewódzkie Funduszu.
3. Siedzibą Funduszu jest miasto stołeczne Warszawa.

[36)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 125, poz. 1363 i 1369 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 169, poz. 1384, Nr 172, poz. 1412 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 96, poz. 874, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302 i Nr 202, poz. 1958, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 263, poz. 2619, z 2005 r. Nr 143, poz. 1199, Nr 164, poz. 1366 i Nr 169, poz. 1420, z 2006 r. Nr 183, poz. 1353 i Nr 217, poz. 1588 oraz z 2008 r. Nr 141, poz. 888 i Nr 143, poz. 894.

4. W centrali Funduszu oraz w oddziałach wojewódzkich Funduszu tworzy się komórki organizacyjne do spraw służb mundurowych.

5. Kierowników komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 4:

   1) w centrali Funduszu – powołuje Prezes Funduszu na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości;

   2) w oddziałach wojewódzkich Funduszu – powołuje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości.

6. Oddziały wojewódzkie Funduszu tworzone są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. W oddziałach wojewódzkich mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach określonych w statucie Funduszu.

7. Fundusz działa na podstawie ustawy i statutu.

8. Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje Funduszowi statut, określając w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu, w tym centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz siedziby tych oddziałów, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Fundusz.

Art. 97.

1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.

2. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji**.**

3. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:

   1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

   2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;

   2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3;

   3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;

   3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;

   3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 26;

   4) wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;

   5) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;

   6) monitorowanie ordynacji lekarskich;

   7) promocja zdrowia;

8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;

9) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;

10) wyliczanie kwot, o których mowa w art. 4 i art. 34 ustawy o refundacji oraz w art. 102 ust. 5 pkt 29;

11) monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień wynikających z art. 24a–art. 24c, art. 44 ust. 1a–1c, art. 47 ust. 2 i 2a oraz art. 57 ust. 2 pkt 12 i 13.

3a. Do zadań Funduszu należy rozliczanie z instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA):

1) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a,

2) kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z wyłączeniem kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego

– w stosunku do osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a, obciąża Fundusz kosztami tych świadczeń oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadczeń wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu.

3c. W przypadku rozliczania przez Fundusz kosztów medycznych czynności ratunkowych udzielonych osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji przez zespoły ratownictwa medycznego, Fundusz powiadamia właściwego wojewodę o należnościach przysługujących mu z tego tytułu. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu właściwego wojewody w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu. Przepisu nie stosuje się do lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

3d. Fundusz jest instytucją właściwą, instytucją miejsca zamieszkania, instytucją miejsca pobytu oraz instytucją łącznikową w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, w rozumieniu przepisów o koordynacji, oraz prowadzi, w centrali Funduszu, punkt kontaktowy, o którym mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji syste-

mów zabezpieczenia społecznego, służący do wymiany danych w ramach Systemu Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:
   1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
   2) przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu;
   3) przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
   4) przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy;
   5) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
   6) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.
5. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej.
6. Fundusz nie może być właścicielem podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.
7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4, 6 i 11 w odniesieniu do podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 96 ust. 4.
8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b. Dotacja nie uwzględnia kosztów administracyjnych.
9. (uchylony).

Art. 98.

1. Organami Funduszu są:
   1) Rada Funduszu;
   2) Prezes Funduszu;
   3) rady oddziałów wojewódzkich Funduszu;
   4) dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.
2. W sprawach niezastrzeżonych do zakresu zadań Rady Funduszu, rady oddziału wojewódzkiego Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu organem właściwym jest Prezes Funduszu.
3. Techniczno-organizacyjną obsługę:
   1) Rady Funduszu i Prezesa Funduszu – zapewnia centrala Funduszu;
   2) rady oddziału wojewódzkiego Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu – zapewnia oddział wojewódzki Funduszu.

Art. 99.

1. Rada Funduszu składa się z dziesięciu osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów, przy czym:

1) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich;

2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Trójstronną Komisję do Spraw Społeczno-Gospodarczych;

3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;

4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;

5) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego;

6) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych;

7) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

2. Kadencja członków Rady Funduszu trwa 5 lat.

3. Rada Funduszu działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

4. Rada Funduszu wybiera ze swego grona przewodniczącego, który zwołuje posiedzenia i im przewodniczy.

5. W skład Rady Funduszu wchodzą osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:

1) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione umyślnie;

2) posiadają wykształcenie wyższe;

3) posiadają wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady Funduszu;

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

6. Członkowie Rady Funduszu nie mogą być jednocześnie:

1) pracownikami Funduszu;

2) świadczeniodawcami;

3) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;

4) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 2 i 3;

5) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2–8.

7. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze zarządzenia, wynagrodzenie członków Rady Funduszu, uwzględniając zakres zadań Rady.

Art. 100.

1. Do zadań Rady Funduszu należy:

1) kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;

2) uchwalanie:

a) planu pracy Funduszu na dany rok,

b) rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych;

3) opiniowanie:

a) projektu planu finansowego na dany rok,

b) systemu wynagradzania pracowników Funduszu;

4) przyjmowanie:

a) sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu,

b) okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu;

5) podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu, a także podejmowanie uchwał w sprawach, o których mowa w art. 129 ust. 2;

6) kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu;

6a) dokonywanie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu;

7) wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji;

8) wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców;

9) wyrażanie opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców;

10) (uchylony).

2. W celu wykonania swoich obowiązków Rada może żądać od Prezesa Funduszu sprawozdań i wyjaśnień.

3. Rada Funduszu nie ma prawa wydawania Prezesowi Funduszu wiążących poleceń dotyczących bieżącej działalności Funduszu.

4. Uchwały Rady Funduszu zapadają większością głosów w obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Rady.

5. Prezes Rady Ministrów odwołuje członka Rady Funduszu przed upływem kadencji, z zastrzeżeniem art. 166 ust. 1 pkt 1, w przypadku:

1) rezygnacji ze stanowiska;

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

3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach Rady Funduszu;

4) naruszenia przepisów art. 99 ust. 5 i 6;

5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.

6. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu Prezes Rady Ministrów może odwołać także na podstawie wniosku podmiotu, który wnioskował o jego powołanie.

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 art. 99 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 jego śmierci.
9. Przewodniczący Rady Funduszu zaprasza do udziału w posiedzeniach Rady, w charakterze obserwatorów, przedstawicieli: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
10. Rada Funduszu w związku z zadaniem, o którym mowa w ust. 1 pkt 1:
    1) może delegować swoich członków do samodzielnego wykonywania czynności kontrolnych;
    2) ma wgląd we wszelkie dokumenty związane z działalnością Funduszu.
11. (uchylony).
12. Rada Funduszu wyraża opinie, o których mowa w ust. 1 pkt 8 i 9, w terminie nie dłuższym niż 14 dni. Niewyrażenie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.

Art. 101.

1. Prezes Funduszu lub co najmniej trzech członków Rady Funduszu może żądać zwołania posiedzenia Rady Funduszu, podając proponowany porządek obrad. Przewodniczący Rady Funduszu zwołuje posiedzenie nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.
2. Jeżeli przewodniczący Rady Funduszu nie zwoła posiedzenia zgodnie z ust. 1, wnioskodawca może wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia z wnioskiem o zwołanie posiedzenia, podając przyczynę, datę, miejsce i proponowany porządek obrad.

Art. 102.

1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.
2. Prezesa Funduszu powołuje Prezes Rady Ministrów, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Prezes Rady Ministrów odwołuje Prezesa Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.
3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgania opinii, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku Prezes Rady Ministrów powierza kierowanie Funduszem jednemu z zastępców Prezesa Funduszu i niezwłocznie informuje o odwołaniu Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.
4. (uchylony).
5. Do zakresu działania Prezesa Funduszu w szczególności należy:

1) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;

2) efektywne i bezpieczne zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu, w tym gospodarowanie rezerwą ogólną, o której mowa w art. 118 ust. 5;

3) zaciąganie, w imieniu Funduszu, zobowiązań, w tym pożyczek i kredytów, z zastrzeżeniem art. 100 ust. 1 pkt 5;

4) przygotowywanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 3;

5) opracowywanie projektu planu finansowego Funduszu na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 2;

6) sporządzanie rocznego planu finansowego Funduszu po otrzymaniu opinii Rady Funduszu, komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej;

7) sporządzanie projektu planu pracy Funduszu;

8) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;

9) sporządzanie projektu rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na następny rok;

10) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu za dany rok oraz niezwłocznie przedkładanie go ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;

11) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu, zawierających w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu;

12) nadzorowanie rozliczeń dokonywanych w ramach wykonywania przepisów o koordynacji;

13) sporządzanie analiz i ocen na podstawie informacji, o których mowa w art. 106 ust. 10 pkt 5, przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu;

14) przedstawianie Radzie Funduszu projektu systemu wynagradzania pracowników Funduszu;

15) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w centrali Funduszu;

16) powoływanie i odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;

17) odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na wniosek rady oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadku, o którym mowa w art. 107 ust. 4;

18) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;

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

20) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu podlegających badaniu w trybie art. 163, w terminie 3 dni roboczych od dnia ich uchwalenia;

21) nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu;

21a) przeprowadzanie kontroli, o której mowa w art. 64 i 189, jeżeli z uzyskanych informacji wynika konieczność przeprowadzenia takiej kontroli;

22) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi, organizacjami pracodawców, organizacjami świadczeniodawców oraz ubezpieczonych;

23) przekazywanie oddziałom wojewódzkim Funduszu do realizacji programów zdrowotnych zleconych przez właściwego ministra;

24) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;

24a) rozpatrywanie odwołań od decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 50 ust. 18;

25) ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu;

26) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zestawień kwot, o których mowa w art. 4 i art. 34 ustawy o refundacji;

27) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości informacji o wielkości kwoty refundacji wraz z procentowym wykonaniem całkowitego budżetu na refundację, o którym mowa w ustawie o refundacji;

28) gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących prawomocnych orzeczeń sądów, o których mowa w ustawie o refundacji; informacje te nie podlegają udostępnieniu;

29) gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji;

30) gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących umów, o których mowa w art. 48 ustawy o refundacji;

31) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości informacji o wielkości kwoty refundacji i ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych wraz z podaniem kodu identyfikacyjnego EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN;

32) monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie wykonania zawartych w decyzji o objęciu refundacją instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji, oraz informowanie ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie wypełnienia przez wnioskodawcę postanowień zawartych w tej decyzji;

33) realizacja zadań, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa.

6. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, Prezesa Funduszu zastępuje, na podstawie jego pisemnego upoważnienia, jeden z zastępców Prezesa Funduszu. W przypadku śmierci osoby pełniącej funkcję Prezesa Funduszu lub niemożności udzielenia przez niego takiego upoważnienia – upoważnienia udziela Rada Funduszu.

7. Prezes Funduszu może udzielić zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu Funduszu oraz pracownikom centrali Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych i upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych w wykonaniu zadań, o których mowa w ust. 5.

8. Pełnomocnictwa i upoważnienia, o których mowa w ust. 7, są udzielane na piśmie pod rygorem nieważności.

Art. 102a.

1. Stanowisko Prezesa Funduszu może zajmować osoba, która:
   1) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie prawa, ekonomii, medycyny, organizacji ochrony zdrowia lub zarządzania;
   2) jest obywatelem polskim;
   3) korzysta z pełni praw publicznych;
   4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
   5) posiada kompetencje kierownicze;
   6) posiada co najmniej 6-letni staż pracy, w tym co najmniej 3-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym;
   7) posiada wiedzę z zakresu spraw należących do właściwości Funduszu.
2. Informację o naborze na stanowisko Prezesa Funduszu ogłasza się przez umieszczenie ogłoszenia w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Ogłoszenie powinno zawierać:
   1) nazwę i adres Funduszu;
   2) określenie stanowiska;
   3) wymagania związane ze stanowiskiem wynikające z przepisów prawa;
   4) zakres zadań wykonywanych na stanowisku;
   5) wskazanie wymaganych dokumentów;
   6) termin i miejsce składania dokumentów;
   7) informację o metodach i technikach naboru.
3. Termin, o którym mowa w ust. 2 pkt 6, nie może być krótszy niż 10 dni od dnia opublikowania ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.
4. Nabór na stanowisko Prezesa Funduszu przeprowadza zespół, powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór, oraz kompetencje kierownicze.
5. Ocena wiedzy i kompetencji kierowniczych, o których mowa w ust. 4, może być dokonana na zlecenie zespołu przez osobę niebędącą członkiem zespołu, która posiada odpowiednie kwalifikacje do dokonania tej oceny.
6. Członek zespołu oraz osoba, o której mowa w ust. 5, mają obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących osób ubiegających się o stanowisko, uzyskanych w trakcie naboru.
7. W toku naboru zespół wyłania nie więcej niż 3 kandydatów, których przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
8. Z przeprowadzonego naboru zespół sporządza protokół zawierający:

1) nazwę i adres Funduszu;

2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór, oraz liczbę kandydatów;

3) imiona, nazwiska i adresy nie więcej niż 3 najlepszych kandydatów uszeregowanych według poziomu spełniania przez nich wymagań określonych w ogłoszeniu o naborze;

4) informację o zastosowanych metodach i technikach naboru;

5) uzasadnienie dokonanego wyboru albo powody niewyłonienia kandydata;

6) skład zespołu.

9. Wynik naboru ogłasza się niezwłocznie przez umieszczenie informacji w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Informacja o wyniku naboru zawiera:

1) nazwę i adres Funduszu;

2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór;

3) imiona, nazwiska wybranych kandydatów oraz ich miejsca zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego albo informację o niewyłonieniu kandydata.

10. Umieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ogłoszenia o naborze oraz o wyniku tego naboru jest bezpłatne.

Art. 103.

1. Prezes Funduszu wykonuje swoje zadania przy pomocy trzech zastępców Prezesa.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu, powołuje, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, zastępców Prezesa. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje zastępców Prezesa na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

3. Zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych powołuje, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, minister właściwy do spraw zdrowia, na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

4. Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa określa statut Funduszu.

5. (uchylony).

6. Prezes Funduszu i jego zastępcy nie mogą być jednocześnie:

1) członkami Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;

2) pracownikami oddziałów wojewódzkich Funduszu;

3) świadczeniodawcami;

4) właścicielami lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;

5) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty będące świadczeniodawcami oraz podmiotami, o których mowa w pkt 4;

6) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2–8.

6a. Do głównego księgowego Funduszu stosuje się odpowiednio przepisy ust. 6 pkt 2–5.

7. Prezes Funduszu nie może wykonywać działalności gospodarczej.

8. Do zakresu obowiązków zastępcy Prezesa do spraw służb mundurowych należy w szczególności:

1) nadzorowanie i koordynowanie działań komórek organizacyjnych do spraw służb mundurowych;

1a) nadzorowanie i koordynowanie działań związanych z realizacją prawa do świadczeń dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 5 pkt 44a i 44b;

1b) rozpatrywanie indywidualnych spraw związanych z realizacją prawa do świadczeń dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 5 pkt 44a i 44b;

2) koordynacja współpracy z Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.

Art. 103a.

1. Zespół przeprowadzający nabór na stanowiska, o których mowa w art. 103 ust. 2 i 3, powołuje Prezes Funduszu.

2. Do sposobu przeprowadzania naboru na stanowiska, o których mowa w art. 103 ust. 2 i 3, stosuje się odpowiednio przepisy art. 102a.

Art. 104.

1. Roczny plan finansowy Funduszu, sprawozdanie finansowe Funduszu, sprawozdanie z działalności Funduszu Prezes Funduszu publikuje, w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

2. Plany i sprawozdania, o których mowa w ust. 1, oraz roczny plan pracy Funduszu publikuje się na stronie internetowej ministerstwa obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz na stronie internetowej Funduszu.

Art. 105.

Prezes Funduszu w celach informacyjnych i promocyjnych wydaje Biuletyn Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 106.

1. W oddziałach wojewódzkich Funduszu działają rady oddziałów wojewódzkich Funduszu o charakterze opiniodawczo-nadzorczym.

2. W skład rady oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkujących na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływani przez sejmik województwa, w tym:

1) dwóch członków powoływanych z własnej inicjatywy sejmiku;

2) dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwego wojewodę;

3) jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez konwent powiatów z danego województwa;

4) dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo wojewódzką komisję dialogu społecznego;

5) jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego;

6) jeden członek spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego, właściwego komendanta wojewódzkiego Policji i właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej.

3. Kadencja rady oddziału wojewódzkiego Funduszu trwa cztery lata, licząc od dnia pierwszego posiedzenia rady oddziału. Pierwsze posiedzenie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zwołuje marszałek województwa.

4. Przewodniczący rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zaprasza do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, w charakterze obserwatorów, przedstawicieli właściwej okręgowej rady lekarskiej, okręgowej rady pielęgniarek i położnych i okręgowej rady aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

5. W przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada lekarska, okręgowa rada pielęgniarek i położnych albo okręgowa rada aptekarska, rady te delegują wspólnego przedstawiciela do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. W skład rad oddziałów wojewódzkich Funduszu mogą wchodzić wyłącznie osoby, które:

1) korzystają z pełni praw publicznych;

2) posiadają wykształcenie wyższe;

3) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione umyślnie.

7. Członkowie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie mogą być jednocześnie:

1) dyrektorami oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz pracownikami oddziału wojewódzkiego Funduszu;

2) Prezesem Funduszu;

3) zastępcą Prezesa Funduszu;

4) pracownikami centrali Funduszu;

5) świadczeniodawcami;

6) właścicielami lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;

7) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 5 i 6;

8) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2–8.

8. Członkowie rad oddziałów wojewódzkich Funduszu wybierają spośród swojego grona przewodniczącego.

9. Rada wojewódzkiego oddziału Funduszu działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

10. Do zadań rad oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:

1) opiniowanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;

2) uchwalanie planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;

3) opiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok;

4) monitorowanie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji tych umów;

5) monitorowanie, na podstawie przekazanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego informacji, o których mowa w art. 23 ust. 2 i 4, sposobu wykonywania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20–22;

6) kontrolowanie bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;

7) występowanie do dyrektora oddziału wojewódzkiego z wnioskiem o wszczęcie kontroli w trybie art. 64;

8) występowanie do dyrektora oddziału wojewódzkiego o przeprowadzenie kontroli realizacji zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

9) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;

10) występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu;

11) wydawanie opinii o kandydacie na stanowisko dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;

12) występowanie z wnioskiem do Prezesa Funduszu o odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadkach, o których mowa w art. 107 ust. 4.

11. Uchwały rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zapadają większością głosów przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego rady.

12. W celu wykonywania swoich obowiązków rada oddziału wojewódzkiego Funduszu może żądać od dyrektora oddziału wojewódzkiego sprawozdań i wyjaśnień.

13. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu nie ma prawa wydawania dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu wiążących poleceń dotyczących bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu.

14. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu w związku z zadaniem, o którym mowa w ust. 10 pkt 6:

1) może delegować swoich członków do samodzielnego wykonywania czynności kontrolnych;

2) ma wgląd we wszelkie dokumenty związane z działalnością oddziału wojewódzkiego Funduszu.

15. Sejmik województwa odwołuje członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu przed upływem kadencji 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) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
    4) naruszenia przepisów ust. 7;
    5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.
16. W przypadku odwołania członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu albo jego śmierci przed upływem jego kadencji, sejmik województwa powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy ust. 2 stosuje się odpowiednio.
17. Przepisu ust. 16 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia jego odwołania albo śmierci.
18. Członkom rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie przysługuje wynagrodzenie.
19. Członkom rady oddziału 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.

Art. 107.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu kieruje oddziałem wojewódzkim Funduszu i reprezentuje Fundusz na zewnątrz w zakresie właściwości danego oddziału.
2. Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje Prezes Funduszu, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Niewydanie opinii przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni jest równoznaczne z akceptacją kandydata na dyrektora oddziału wojewódzkiego albo zgodą na jego odwołanie.
3. Dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu może zostać osoba, która:
    1) posiada wykształcenie wyższe;
    2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków dyrektora;
    3) nie była prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.
4. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu może wystąpić z wnioskiem do Prezesa Funduszu o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w przypadku gdy dyrektor oddziału wojewódzkiego:
    1) nie przedstawi radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu:
        a) projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu,
        b) projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu,

c) sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok,

d) corocznej prognozy przychodów i kosztów oddziału wojewódzkiego Funduszu;

2) nie udzieli, w terminie wyznaczonym przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu, informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;

3) rażąco narusza obowiązki ustawowe.

5. Do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:

1) efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału wojewódzkiego Funduszu;

2) przygotowanie i przedstawianie radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów;

3) przygotowanie i przedstawienie radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu na rok następny;

4) sporządzanie projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;

5) realizacja planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu i planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;

6) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok;

7) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;

8) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;

9) dokonywanie wyboru realizatorów programów zdrowotnych, w tym w imieniu danego ministra;

10) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych i programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji, oraz zawieranie i rozliczanie umów o realizację programów zdrowotnych;

11) realizacja zadania, o którym mowa w art. 108;

12) kontrola i monitorowanie:

a) ordynacji lekarskich,

b) realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

c) realizacji prawa do świadczeń dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 5 pkt 44a i 44 b;

13) przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców i aptek;

14) monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej;

15) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w oddziale wojewódzkim Funduszu;

16) wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego;

17) udzielanie, na żądanie Prezesa Funduszu lub rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego;

18) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie;

19) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie, rozliczanie i kontrola realizacji tych umów, na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

20) zawieranie umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 68;

21) zawieranie umów, o których mowa w art. 41 i art. 48 ustawy o refundacji;

22) kontrola, monitorowanie i rozliczanie umów, o których mowa w art. 41 i art. 48 ustawy o refundacji *[.]* < >**;**

23) wydawanie decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 50 ust. 18.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może być jednocześnie:

1) Prezesem Funduszu albo jego zastępcą;

2) głównym księgowym Funduszu;

3) pracownikiem centrali Funduszu;

4) świadczeniodawcą;

5) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;

6) posiadaczem akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty będące świadczeniodawcami oraz podmiotami, o których mowa w pkt 5;

7) osobą, o której mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2–9.

7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może wykonywać działalności gospodarczej.

8. Dyrektor oddziału wojewódzkiego, wykonując zadania, o których mowa w ust. 5, współpracuje z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu.

Art. 107a.

1. Nabór kandydatów do zatrudnienia na wolne stanowiska pracy w Funduszu jest otwarty i konkurencyjny.

2. Ogłoszenie o naborze zamieszcza się w Biuletynie Informacji Publicznej, o którym mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198, z późn. zm.[37)]), oraz w miejscu powszechnie dostępnym w jednostce organizacyjnej, w której jest prowadzony nabór.

[37)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2004 r. Nr 240, poz. 2407 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565 i Nr 132, poz. 1110.

Art. 107b.

Informacje o kandydatach, którzy zgłosili się do naboru, stanowią informację publiczną w zakresie objętym wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o naborze.

Art. 107c.

Termin do składania dokumentów, określony w ogłoszeniu o naborze, nie może być krótszy niż 14 dni od dnia opublikowania tego ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej.

Art. 107d.

1. Po upływie terminu do składania dokumentów określonego w ogłoszeniu o naborze niezwłocznie upowszechnia się listę kandydatów, którzy spełniają wymagania formalne określone w ogłoszeniu o naborze, przez umieszczenie jej w miejscu powszechnie dostępnym w jednostce organizacyjnej, w której jest prowadzony nabór, a także przez opublikowanie jej w Biuletynie Informacji Publicznej.
2. Lista, o której mowa w ust. 1, zawiera imię i nazwisko kandydata oraz jego miejsce zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego.

Art. 107e.

1. Sporządza się protokół przeprowadzonego naboru kandydatów do zatrudnienia na wolne stanowiska pracy w Funduszu.
2. Protokół zawiera w szczególności:
   1) określenie stanowiska pracy, na które był prowadzony nabór, liczbę kandydatów oraz imiona, nazwiska i adresy nie więcej niż 5 najlepszych kandydatów uszeregowanych według poziomu spełniania przez nich wymagań określonych w ogłoszeniu o naborze;
   2) informację o zastosowanych metodach i technikach naboru;
   3) uzasadnienie dokonanego wyboru.

Art. 107f.

1. Informację o wyniku naboru upowszechnia się w terminie 14 dni od dnia zatrudnienia wybranego kandydata albo zakończenia naboru, w przypadku gdy w jego wyniku nie doszło do zatrudnienia żadnego kandydata.
2. Informacja, o której mowa w ust. 1, zawiera:
   1) nazwę i adres urzędu;
   2) określenie stanowiska pracy;
   3) imię i nazwisko kandydata oraz jego miejsce zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego;
   4) uzasadnienie dokonanego wyboru kandydata albo uzasadnienie niezatrudnienia żadnego kandydata.

3. Informację o wyniku naboru upowszechnia się w Biuletynie Informacji Publicznej i w miejscu powszechnie dostępnym w jednostce organizacyjnej, w której był prowadzony nabór.

Art. 107g.

Jeżeli stosunek pracy osoby wyłonionej w drodze naboru ustał w ciągu 3 miesięcy od dnia nawiązania stosunku pracy, można zatrudnić na tym samym stanowisku kolejną osobę spośród najlepszych kandydatów wymienionych w protokole tego naboru. Przepisy art. 107f stosuje się odpowiednio.

Art. 108.

1. Oddział wojewódzki Funduszu finansuje:
   1) świadczeniodawcy, mającemu siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie danego województwa świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony, spełniającemu kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do którego nie stwierdzono istnienia okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, z zastrzeżeniem ust. 2,
   2) aptece mającej siedzibę na terenie województwa, koszty leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych wydawanych osobie określonej w pkt 1

   – o ile finansowanie tych kosztów nie wynika z przepisów określonych w art. 12 i 13 lub umów międzynarodowych.

1a. Oddział wojewódzki Funduszu finansuje świadczeniodawcy, mającemu siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie danego województwa osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Koszty leczenia uzdrowiskowego świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i w ust. 1a, ponosi oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce jego zamieszkania, a jeżeli nie można ustalić miejsca zamieszkania – oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce wystawienia skierowania, o którym mowa w art. 33 ust. 1.

Art. 109.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się 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 na ubezpieczenie zdrowotne należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych.

3. Wniosek o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w ust. 1, zgłasza ubezpieczony, a w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wniosek może zgłosić w szczególności Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia

Społecznego lub członek rodziny ubezpieczonego, także w zakresie dotyczącym objęcia ubezpieczeniem w okresie poprzedzającym złożenie wniosku.

3a. W przypadku gdy wnioskodawcą jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, do wniosku, o którym mowa w ust. 3, wnioskodawca dołącza kopie posiadanych dokumentów i informacje uzasadniające treść żądania.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje sprawy, o których mowa w ust. 1, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia ich wniesienia, wydając decyzję. Uzasadnienie decyzji sporządza się z urzędu.

5. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w ust. 1, wnosi się do Prezesa Funduszu w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania.

6. W sprawach, o których mowa w ust. 1, w zakresie nieregulowanym niniejszą ustawą, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 109a.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje interpretacje indywidualne, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447, z późn. zm.[38)]), w zakresie spraw dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Interpretacje indywidualne wraz z wnioskiem o wydanie interpretacji, po usunięciu danych identyfikujących wnioskodawcę oraz inne podmioty wskazane w treści interpretacji, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu niezwłocznie przekazuje do centrali Funduszu, która niezwłocznie zamieszcza je w Biuletynie Informacji Publicznej.

2. Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należą sprawy dotyczące składek na ubezpieczenie zdrowotne należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych na podstawie art. 62a ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz na podstawie art. 83d ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Art. 110.

Od decyzji Prezesa Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 111.

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, z wyjątkiem osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających renty strukturalne wypłacane przez inną instytucję niż Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

[38)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 239, poz. 1593, z 2011 r. Nr 85, poz. 459, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 120, poz. 690, Nr 131, poz. 764, Nr 132, poz. 766, Nr 153, poz. 902, Nr 163, poz. 981, Nr 171, poz. 1016, Nr 199, poz. 1175, Nr 204, poz. 1195 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 855 i 1166.

Art. 112.

1. Pracownicy Funduszu nie mogą być jednocześnie:
   1) świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;
   2) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;
   3) członkami organów lub pracownikami podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;
   4) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego;
   5) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.[39)]);
   6) właścicielami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 2;
   7) właścicielami w spółkach handlowych więcej niż 10% akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10% kapitału zakładowego – w każdej z tych spółek, w przypadku spółek innych niż określone w pkt 6;
   8) posłami, posłami do Parlamentu Europejskiego albo senatorami;
   9) członkami Rady Funduszu oraz rad oddziałów wojewódzkich Funduszu.
2. Pracownicy Funduszu nie mogą bez zgody Prezesa Funduszu:
   1) podejmować zatrudnienia u innego pracodawcy;
   2) wykonywać działalności gospodarczej.

Rozdział 2
Gospodarka finansowa Funduszu

Art. 113.

Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

Art. 114.

1. Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi.
2. Obsługę bankową Funduszu prowadzi Bank Gospodarstwa Krajowego.

Art. 115.

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.

[39)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 83, poz. 719, Nr 143, poz. 1204, Nr 167, poz. 1396, Nr 183, poz. 1538 i Nr 184, poz. 1539, z 2006 r. Nr 157, poz. 1119 oraz z 2007 r. Nr 50, poz. 331, Nr 82, poz. 557, Nr 102, poz. 691 i Nr 112, poz. 769.

Art. 116.

1. Przychodami Funduszu są:
   1) należne składki na ubezpieczenie zdrowotne;
   2) odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
   3) darowizny i zapisy;
   4) środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
   5) dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b;
   6) środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych;
   7) przychody z lokat;
   7a) (uchylony);
   7b) kwoty, o których mowa w art. 4 ust. 10 ustawy o refundacji;
   7c) kwoty, o których mowa w art. 34 ust. 6 ustawy o refundacji;
   7d) kwoty z tytułu nałożonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia kar pieniężnych, o których mowa w art. 50–52 ustawy o refundacji;
   7e) kwoty zwrotu części uzyskanej refundacji, o której mowa w art. 11 ust. 5 pkt 4 ustawy o refundacji;
   8) inne przychody.
2. Środki finansowe Funduszu mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek.

Art. 117.

1. Kosztami Funduszu są:
   1) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;
   1a) (uchylony);
   2) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
   3) koszty refundacji określone ustawą o refundacji;
   4) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b;
   5) koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
   6) koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży;
   7) koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne;
   8) koszt wypłaty odszkodowań;
   9) inne koszty wynikające z odrębnych przepisów.
2. Środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek.

Art. 118.

1. Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.

2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:
   1) planowanych kosztów dla centrali, w tym:
      a) kosztów finansowania działalności centrali,
      b) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji,
      c) (uchylona);
   2) planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym:
      a) kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;
      b) rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych;
      c) rezerwy, o której mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o refundacji;
   3) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.
3. Planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125, dzieli się pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu uwzględniając:
   1) liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu;
   2) wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych oraz wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne;
   3) ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.
4. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3.
5. W planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3, tworzy się rezerwę ogólną w wysokości 1% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.
6. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się w zakresie środków przekazywanych Funduszowi z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Art. 119.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, uwzględniając przepisy art. 118.

Art. 120.

1. Prezes Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do dnia 1 czerwca sporządza coroczną prognozę przychodów na kolejne 3 lata.
2. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazują informację dotyczącą prognozowanych kosztów oddziałów w terminie do dnia 5 czerwca na podstawie prognozy, o której mowa w ust. 1.
3. Prezes Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do dnia 15 czerwca sporządza coroczną prognozę kosztów na kolejne 3 lata na podstawie informacji przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.
4. Prezes Funduszu w terminie do dnia 20 czerwca informuje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu o przewidywanych kosztach oddziałów wojewódzkich Funduszu.
5. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich przekazują Prezesowi Funduszu w terminie do dnia 25 czerwca projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.
6. Prognozy, o których mowa w ust. 1 i 3, oraz projekty planów, o których mowa w ust. 5, są podstawą do sporządzenia projektu planu finansowego na rok następny.
7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje udzielają nieodpłatnie Funduszowi informacji koniecznych do sporządzenia prognoz, o których mowa w ust. 1 i 3.

Art. 121.

1. Prezes Funduszu opracowuje projekt planu finansowego Funduszu i przedstawia go, w celu zaopiniowania, w terminie do dnia 1 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan:
   1) Radzie Funduszu;
   2) komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Niewydanie opinii, o których mowa w ust. 1, w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu planu finansowego jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.
3. Prezes Funduszu po rozpatrzeniu opinii, o których mowa w ust. 1, jeżeli zostały wydane, sporządza plan finansowy Funduszu i przekazuje go wraz z tymi opiniami w terminie do dnia 15 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych zatwierdza plan finansowy Funduszu w terminie do dnia 31 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
5. W przypadku gdy Prezes Funduszu nie przekaże w terminie, o którym mowa w ust. 3, planu finansowego Funduszu, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych ustala, w drodze zarządzenia, plan finansowy Funduszu do dnia 31 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

Art. 122.

W przypadku:

1) niezatwierdzenia planu finansowego Funduszu, w terminie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, albo

2) nieustalenia planu finansowego w trybie określonym w art. 123 ust. 3

– Fundusz działa na podstawie planu finansowego, o którym mowa w art. 121 ust. 3.

Art. 123.

1. W przypadku gdy plan finansowy Funduszu narusza prawo lub prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych odmawia zatwierdzenia planu finansowego Funduszu i zaleca Prezesowi Funduszu usunięcie nieprawidłowości, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.
2. Prezes Funduszu zmienia plan finansowy Funduszu z uwzględnieniem zaleceń, o których mowa w ust. 1, i niezwłocznie przedstawia go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4.
3. W przypadku nieusunięcia przez Prezesa Funduszu nieprawidłowości, o których mowa w ust. 1:
   1) minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych dokonuje zmian w planie finansowym Funduszu oraz ustala go w drodze zarządzenia oraz
   2) (uchylony).

Art. 124.

1. Zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu.
2. Zmiany planu finansowego Funduszu zatwierdzonego w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, może dokonać Prezes Funduszu. Przepisy art. 121 ust. 1–4 stosuje się odpowiednio.
3. Zmiany planu finansowego Funduszu ustalonego zgodnie z art. 121 ust. 5 albo art. 123 ust. 3 może dokonać minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych na uzasadniony wniosek Prezesa Funduszu. Do wniosku o zmianę planu dołącza się opinię Rady Funduszu, opinie komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Prezes Funduszu, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych, może dokonać przesunięcia kosztów w planie finansowym centrali Funduszu oraz przesunięcia kosztów w ramach kosztów administracyjnych w planie finansowym Funduszu, a także

dokonać zmiany planu finansowego w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z dotacji budżetu państwa.

5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Funduszu, może dokonać przesunięcia kosztów w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy ogólnej po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych.
7. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. b i pkt 2 lit. b, oraz rezerwy, o której mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o refundacji, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. b, i rezerwy, o której mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o refundacji, na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.
8. Zmian planu finansowego Funduszu, o których mowa w ust. 1–3, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w art. 118, z zastrzeżeniem, iż w przypadku zmiany planu finansowego Funduszu przewidującej zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oddziałów wojewódzkich Funduszu, zasady określone w art. 118 ust. 3 stosuje się do kwoty zwiększenia tych kosztów.
9. Do zmian planu finansowego, o których mowa w ust. 4–7, oraz do zmiany planu finansowego wynikającej z art. 129 ust. 3 i 4 nie stosuje się przepisów art. 118 ust. 3 oraz art. 121.
10. (uchylony).
11. (uchylony).

Art. 125.

Przychody Funduszu:

1) nieujęte w planie finansowym ustalonym zgodnie z art. 121 ust. 3, ust. 5 albo z art. 123 ust. 3:
   a) z tytułu nadwyżki przychodów nad kosztami korygującymi koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych,
   b) z tytułu nadwyżki przychodów nad kosztami z działalności finansowej,
2) pochodzące z dotacji przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej

– w części dotyczącej oddziału wojewódzkiego Funduszu przeznacza się na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w tym oddziale wojewódzkim Funduszu.

Art. 126.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu po przeprowadzeniu badania sprawozdania, o którym mowa w art. 128 ust. 4, przez biegłego rewidenta.

Art. 127.

1. Prezes Funduszu może zaciągać pożyczki i kredyty, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw finansów publicznych i ministra właściwego do spraw zdrowia. Wysokość rat kredytów i pożyczek przypadających do spłaty w danym roku nie może przekroczyć wysokości rezerwy ogólnej przewidzianej w planie finansowym na dany rok.
2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do środków pochodzących z budżetu państwa.
3. W przypadku, gdy plan finansowy Funduszu uwzględnia wykorzystanie środków finansowych pochodzących z pożyczek i kredytów, o których mowa w ust. 1, lub uwzględnia spłatę rat tych pożyczek i kredytów, w części niezaliczanej do kosztów Funduszu, zasady określonej w art. 118 ust. 1 nie stosuje się.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, różnica pomiędzy przychodami a kosztami w planie finansowym Funduszu nie może być wyższa niż różnica pomiędzy wysokością środków finansowych pochodzących z pożyczek i kredytów a wysokością spłacanych rat pożyczek i kredytów, w części niezaliczanej do kosztów Funduszu, z zastrzeżeniem art. 129 ust. 3.

Art. 128.

1. Fundusz 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 późn. zm.[40)]), z wyłączeniem art. 80 ust. 3 tej ustawy.
2. Centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu sporządzają samodzielnie sprawozdania finansowe.
3. Łączne sprawozdanie finansowe Funduszu, o którym mowa w art. 51 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, sporządza Prezes Funduszu.
4. Łączne sprawozdanie finansowe, o którym mowa w ust. 3, podlega badaniu przez biegłego rewidenta oraz zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.
5. Minister właściwy do spraw finansów publicznych lub minister właściwy do spraw zdrowia może żądać dodatkowych danych dotyczących łącznego sprawozdania finansowego Funduszu.

Art. 129.

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

[40)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 60, poz. 535, Nr 124, poz. 1152, Nr 139, poz. 1324 i Nr 229, poz. 2276, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 145, poz. 1535, Nr 146, poz. 1546 i Nr 213, poz. 2155, z 2005 r. Nr 10, poz. 66, Nr 184, poz. 1539 i Nr 267, poz. 2252, z 2006 r. Nr 157, poz. 1119 i Nr 208, poz. 1540 oraz z 2008 r. Nr 63, poz. 393 i Nr 144, poz. 900.

1) pokrycie strat z lat ubiegłych;

2) fundusz zapasowy.

2. O pokryciu straty netto albo przeznaczeniu zysku netto decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych. Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia odnośnie do sposobu podziału zysku netto lub pokrycia straty netto.

3. W okresie pomiędzy przyjęciem przez Radę Funduszu uchwały, o której mowa w ust. 2, w danym roku oraz przyjęciem przez Radę Funduszu uchwały, o której mowa w ust. 2, w następnym roku, planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym obowiązującym w tym okresie lub sporządzanym w tym okresie mogą być zwiększone, przy czym łączna wysokość zwiększenia planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w tym okresie nie może być większa niż wysokość funduszu zapasowego. W tym przypadku nie stosuje się zasady określonej w art. 118 ust. 1.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, przy ustalaniu wysokości środków przekazywanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się w szczególności wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu za poprzednie lata obrotowe.

5. (uchylony).

6. Przy stosowaniu art. 118 ust. 4 do planu finansowego na rok następny nie uwzględnia się środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu zgodnie z ust. 3 i 4.

Art. 130.

1. Prezes Funduszu, na podstawie sprawozdań, o których mowa w art. 126, sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu, nie później niż w ciągu 6 miesięcy od zakończenia roku, którego dotyczy sprawozdanie.

2. Rada Funduszu przyjmuje sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, w terminie 15 dni od dnia jego otrzymania.

3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia i po uzyskaniu opinii komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Niewydanie opinii, o których mowa w ust. 3, w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu sprawozdania jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnych.

Art. 131.

1. Fundusz jest obowiązany do sporządzania okresowych sprawozdań dotyczących wykonania planu finansowego oraz przekazywania ich ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu, w tym:

1) rodzaje sprawozdań, o których mowa w ust. 1, sposób ich tworzenia oraz terminy przekazywania,

2) sposób tworzenia planu finansowego i rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego oraz ich wzory

– uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi.

Art. 131a. (uchylony).

DZIAŁ VI

Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami

Art. 132.

1. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, z zastrzeżeniem art. 159.
2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w niniejszym dziale.
3. Nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.
4. Świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie.
5. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Art. 133.

Świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi. Przepis art. 132 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 134.

1. Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

2. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Art. 135.

1. Oferty złożone w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne.
2. Fundusz realizuje zasadę jawności:
   1) umów – przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy, rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń albo rodzaju zakupionych świadczeń, liczby jednostek rozliczeniowych (miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju, w szczególności: punkt, porada, osobodzień) wyrażających wartość świadczenia oraz cenę jednostki rozliczeniowej, a także maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów;
   2) ofert, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę – w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, zamieszcza się w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 136.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
2a) sposób realizacji instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji, dotyczących danego leku albo środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego – w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 i 16;
3) wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;
4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
6) zasady rozpatrywania kwestii spornych;
7) postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w pkt 7.

Art. 136a. (uchylony).

Art. 136b.

1. Świadczeniodawca:
   1) będący podmiotem wykonującym działalność leczniczą podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
   2) będący podmiotem, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. b i d, podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres wykonywanych zadań.

Art. 137.

1. Prezes Funduszu, uwzględniając przepisy niniejszego działu oraz przepisy odrębne, przygotowuje projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny, sposób finansowania oraz warunki ich udzielania.

1a. Projekt, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy ustalania standardów postępowania i procedur medycznych, które są określane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie odrębnych przepisów.

2. Prezes Funduszu nie później niż do dnia 15 kwietnia przesyła projekt, o którym mowa w ust. 1, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców.
3. Za reprezentatywną organizację, o której mowa w ust. 2, uważa się taką organizację:
   1) która zrzesza świadczeniodawców, u których liczba osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wynosi łącznie co najmniej 10 000 osób oraz
   2) której organ uprawniony do reprezentowania złoży ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oświadczenie dotyczące spełniania warunku, o którym mowa w pkt 1, pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, nie później niż do dnia 30 kwietnia.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi jawny wykaz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia wykaz, o którym mowa w ust. 4, wraz z oświadczeniami, o których mowa w ust. 3 pkt 2, na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

6. Projekt, o którym mowa w ust. 1, podlega uzgodnieniu z podmiotami, o których mowa w ust. 2, w trybie negocjacji nie później niż do dnia 31 maja. Projekt uważa się za uzgodniony, jeżeli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożą pod nim własnoręczne podpisy.
7. Uzgodniony w trybie ust. 6 projekt, o którym mowa w ust. 1, Prezes Funduszu niezwłocznie przesyła ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje przeglądu projektu, o którym mowa w ust. 1, pod względem zgodności z przepisami prawa oraz dokonuje niezbędnych wynikających z tego przeglądu zmian w tym projekcie, niezwłocznie informując o tym Prezesa Funduszu oraz podmioty, o których mowa w ust. 2.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając projekt uzgodniony w trybie ust. 6 z podmiotami, o których mowa w ust. 2, kierując się dobrem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.
10. W przypadku nieuzgodnienia projektu, o którym mowa w ust. 1, w terminie, o którym mowa w ust. 6, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się dobrem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów, a także biorąc pod uwagę treść ustalonych warunków projektu przekazanych przez Prezesa Funduszu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
11. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, regulamin negocjacji, o których mowa w ust. 6, uwzględniając konieczność równego traktowania stron tych negocjacji.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, zmiana ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest w trybie określonym w ust. 1–9, nie częściej niż raz na 2 lata, z wyjątkiem zaistnienia istotnej zmiany uwarunkowań społeczno-gospodarczych udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stwierdzonych nieprawidłowości w realizacji tych umów wynikających z przepisów wydanych na podstawie ust. 9.

Art. 138.

Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Art. 139.

1. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:
   1) konkursu ofert albo
   2) rokowań.
2. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5. W celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenia.

3. Ogłoszenie zawiera w szczególności:
   1) nazwę i adres siedziby zamawiającego;
   2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;
   3) wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie, europejskich aprobat technicznych lub norm państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzających europejskie normy zharmonizowane oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej;
   4) wskazanie świadczeniodawców zapraszanych do rokowań – w przypadku rokowań.
4. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje komisję. Tryb pracy komisji określa regulamin uchwalony przez Radę Funduszu.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadania, uwzględniając równe traktowanie świadczeniodawców oraz uczciwą konkurencję.

Art. 140.

1. Przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty.
2. Przedmiotu zamówienia nie można opisywać:
   1) w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję;
   2) przez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, chyba że jest to uzasadnione specyfiką przedmiotu zamówienia lub zamawiający nie może opisać przedmiotu zamówienia za pomocą dostatecznie dokładnych określeń, a wskazaniu takiemu towarzyszą wyrazy „lub równoważne” lub inne równoznaczne wyrazy.

Art. 141.

1. Przedmiot zamówienia opisuje się za pomocą cech technicznych i jakościowych, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane.
2. W przypadku braku Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane uwzględnia się:
   1) europejskie aprobaty techniczne;
   2) wspólne specyfikacje techniczne;
   3) Polskie Normy wprowadzające normy europejskie;

4) normy państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzające europejskie normy zharmonizowane;

5) Polskie Normy wprowadzające normy międzynarodowe;

6) Polskie Normy;

7) polskie aprobaty techniczne.

3. Można odstąpić od opisywania przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane, europejskich aprobat technicznych lub wspólnych specyfikacji technicznych, jeżeli:

1) nie zawierają one żadnych wymagań dotyczących zapewnienia zgodności z wymaganiami zasadniczymi lub

2) ich stosowanie nakładałoby na zamawiającego obowiązek używania wyrobów niewspółdziałających z już stosowanymi urządzeniami, lub

3) ich stosowanie nie byłoby właściwe ze względu na innowacyjny charakter przedmiotu zamówienia.

4. Do opisu przedmiotu zamówienia stosuje się nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.).

Art. 142.

1. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.

2. 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. 146 pkt 3;

3) przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.

3. Oświadczenia lub wyjaśnienia przekazane za pomocą teleksu, poczty elektronicznej lub telefaksu uważa się za złożone w terminie, jeżeli ich treść dotarła do adresata przed upływem terminu i została niezwłocznie potwierdzona na piśmie przez przekazującego.

4. Ofertę sporządza się w języku polskim, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.

5. W części niejawnej konkursu ofert komisja może:

1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i ich dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia;

2) nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;

2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

7. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.

Art. 143.

1. Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań następuje w przypadkach określonych w ustawie.
2. Przez rokowania rozumie się tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym prowadzi się postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej i warunków ich udzielania z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty lub większej liczby ofert oraz sprawny przebieg postępowania, nie mniejszą jednak niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń opieki zdrowotnej lub ograniczoną dostępność do świadczeń jest mniej świadczeniodawców mogących ich udzielać.
3. Rokowania składają się z części jawnej i niejawnej.
4. Do części jawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 142 ust. 2.
5. Do części niejawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 142 ust. 5.

Art. 144.

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 opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert lub
2) zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, lub
3) jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 145.

1. W przypadku, o którym mowa w art. 144 pkt 1, zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców, których oferty nie zostały odrzucone w unieważnionym konkursie ofert.
2. W przypadkach, o których mowa w art. 144 pkt 2 i 3, zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 146.

1. Prezes Funduszu określa:

1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

2) kryteria oceny ofert;

3) warunki wymagane od świadczeniodawców.

2. Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii właściwych konsultantów krajowych.

3. Opinia, o której mowa w ust. 2, jest przekazywana przez konsultanta krajowego Prezesowi Funduszu w wyznaczonym przez niego terminie, nie krótszym jednak niż 14 dni. Nieprzedłożenie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.

Art. 147.

Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

Art. 148.

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

1) ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją;

2) ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.

Art. 149.

1. Odrzuca się ofertę:

1) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;

2) zawierającą nieprawdziwe informacje;

3) jeżeli świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;

4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;

5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

6) jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną;

7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3;

8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym została rozwiązana przez oddział wojewódzki Funduszu prowadzący postępowanie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

2. W przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 1, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
3. W przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Art. 150.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:
   1) nie wpłynęła żadna oferta;
   2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
   3) odrzucono wszystkie oferty;
   4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
   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. 151.

1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 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, w terminie 2 dni od zakończenia rokowań.
4. Ogłoszenia, o których mowa w ust. 2 i 3, zawierają nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.
5. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.
6. Ogłoszenie o wyniku rozstrzygnięcia postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przekazuje Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, jeżeli wartość przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro według średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu rozstrzygnięcia postępowania.
7. (uchylony).

Art. 152.

1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
   1) wybór trybu postępowania;
   2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
   3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 153.

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

Art. 154.

1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
2. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.
3. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
4. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.
5. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, składa się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji, o której mowa w ust. 3.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydana na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy podlega natychmiastowemu wykonaniu.

6a. Stronami postępowania, o którym mowa w ust. 1–6, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1, lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

7. W przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

8. Od decyzji, o której mowa w ust. 6, świadczeniodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 155.

1. Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie, lub zawarto ją w wyniku postępowania, które zostało unieważnione.

3. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna w części wykraczającej poza przedmiot postępowania w sprawie zawarcia tej umowy.

4. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

5. Jeżeli umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stanowi inaczej, przeniesienie na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy wymaga pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Art. 156.

1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga zgody Prezesa Funduszu.

1a. W przypadku gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy.

1b. W przypadku braku możliwości zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, w której świadczenia w danym zakresie udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej były udzielane przez jednego świadczeniodawcę na określonym obszarze, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może do-

konać zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą w tym zakresie na obszarze sąsiadującym z tym obszarem, na okres nie dłuższy niż określony w ust. 1a.

1c. Dokonując zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 1b, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu bierze pod uwagę konieczność zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców oraz uwarunkowania komunikacyjne.

1d. Zmiana umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 1a i 1b, wymaga uzyskania zgody Prezesa Funduszu.

1e. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany niezwłocznie przeprowadzić postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń objętych umową, której okres obowiązywania został przedłużony na podstawie ust. 1a i 1b, w przypadku gdy takie postępowanie nie zostało wszczęte albo zakończone.

2. W przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż rok świadczeniodawca przez okres obowiązywania umowy nie może ubiegać się o zawarcie nowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym samym zakresie i dotyczącej tego samego przedmiotu. Nie dotyczy to przypadku, gdy spełnione są przesłanki do zawarcia umowy określone w art. 144 pkt 2 lub 3.

Art. 157.

Do zmiany umowy nie stosuje się przepisów o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 158.

1. Nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
2. W przypadku konieczności wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 1, umowa w nowym brzmieniu obowiązuje do czasu zapewnienia świadczeń na podstawie nowego postępowania w sprawie zawarcia umowy.

Art. 159.

1. Przepisów art. 136 pkt 5 oraz przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami:
   1) udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
   2) wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej;
   3) do umów, o których mowa w art. 41 ust. 1 oraz art. 48 ust. 2 ustawy o refundacji;

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, zawiera się umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zamieszcza na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz udostępnia w siedzibie tego oddziału informacje o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2.

4. Fundusz informuje o zabezpieczeniu świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie, w szczególności określając jego organizację i wyposażenie, uwzględniając rodzaj wykonywanych czynności oraz zapewnienie dostępności dla świadczeniobiorców.

Art. 160.

Świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje zażalenie na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące realizacji umowy.

Art. 161.

1. Zażalenie, o którym mowa w art. 160, rozpatruje, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania, Prezes Funduszu.

2. Zażalenie, o którym mowa w ust. 1, składa się wraz z uzasadnieniem za pośrednictwem właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia dokonania czynności przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2a. Prezes Funduszu, uwzględniając zażalenie w części lub w całości, nakłada na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w szczególności poprzez uchylenie czynności, której dotyczy zażalenie, i zawiadamia świadczeniodawcę w terminie 7 dni o uwzględnieniu zażalenia.

3. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia przez Prezesa Funduszu w części lub całości, świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie.

3a. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca może złożyć do Prezesa Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania stanowiska Prezesa na złożone przez świadczeniodawcę zażalenie.

3b. Wniosek o ponowne rozpatrzenie rozpatrywany jest przez Prezesa Funduszu w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.

3c. Zażalenie na ponowne rozpatrzenie wniosku nie przysługuje.

Art. 161a.

Do postępowania o zawarcie umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ich zawarcia i rozliczania stosuje się odpowiednio przepisy niniejszego rozdziału.

Art. 161b.

1. W przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. O zamiarze przeprowadzenia dodatkowego postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu informuje Prezesa Funduszu.
2. W dodatkowym postępowaniu mogą brać udział świadczeniodawcy spełniający warunki dotyczące:
   1) personelu medycznego lub
   2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną

   – w zakresie warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, oraz pozostałe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w tych przepisach.
3. W wyniku rozstrzygnięcia dodatkowego postępowania, o którym mowa w ust. 1, może być zawarta ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 2, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w danym zakresie świadczeń gwarantowanych:
   1) wyłącznie raz,
   2) na okres nie dłuższy niż rok.
4. Do dodatkowego postępowania stosuje się odpowiednio przepisy art. 139–161. Przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7, w zakresie warunków dotyczących personelu medycznego albo warunków dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, nie stosuje się.
5. Przy ustalaniu w umowie zawartej ze świadczeniodawcami, o których mowa w ust. 2, ceny świadczenia opieki zdrowotnej uwzględnia się zakres niedostosowania się tych świadczeniodawców do warunków, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d. W przypadku tych świadczeniodawców cena świadczenia opieki zdrowotnej jest niższa od najniższej ceny określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w ust. 1, ze świadczeniodawcą spełniającym warunki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, dla tego samego rodzaju i zakresu świadczeń gwarantowanych oraz okresu obowiązywania ceny.

Dział VIa

Transport sanitarny

Art. 161ba.

1. Transport sanitarny wykonywany jest specjalistycznymi środkami transportu lądowego, wodnego i lotniczego.
2. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 1, muszą spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

Art. 161c.

1. Fundusz oraz podmiot leczniczy, zawierają umowy o wykonywanie transportu sanitarnego z podmiotami dysponującymi środkami transportu.
2. Do umów, o których mowa w ust. 1, zawieranych przez Fundusz stosuje się odpowiednio przepisy działu VI.

Art. 161d.

1. Działalność w zakresie lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest finansowana:
   1) z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w zakresie, o którym mowa w ust. 4;
   2) przez podmiot leczniczy, na zlecenie którego dokonuje się transportu, w zakresie, o którym mowa w ust. 5.
2. Do zadań lotniczego zespołu transportu sanitarnego należy wykonywanie transportu sanitarnego, w tym transportu, o którym mowa w art. 41 ust. 1.
3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu transportu sanitarnego do wykonywania transportu, o którym mowa w art. 41 ust. 1, w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 6.
4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest dokonywana, z zastrzeżeniem ust. 5, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, w szczególności:
   1) kosztów osobowych;
   2) kosztów eksploatacyjnych;
   3) kosztów administracyjno-gospodarczych;
   4) odpisu amortyzacyjnego, z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację.
5. Kosztów bezpośredniego użycia lotniczego zespołu transportu sanitarnego związanych z transportem sanitarnym nie wlicza się do kosztów działalności tego zespołu. Do kosztów tych zalicza się:
   1) koszt paliwa;
   2) koszt opłat trasowych i za lądowanie.
6. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem posiadającym lotnicze zespoły transportu sanitarnego.
7. W celu zawarcia umowy, o której mowa w ust. 6, przeprowadza się rokowania.

8. Rokowania przeprowadza komisja powoływana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
9. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania transportu sanitarnego.

Art. 161e.

1. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w stosunku do wszystkich podmiotów wykonujących transport sanitarny, oraz wojewodzie, w stosunku do podmiotów wykonujących transport sanitarny, mających siedzibę na obszarze województwa, przysługuje prawo przeprowadzania czynności kontrolnych polegających na stwierdzeniu spełnienia przez specjalistyczne środki transportu sanitarnego wymagań, o których mowa w art. 161ba ust. 1 i 2.
2. Do przeprowadzania czynności kontrolnych, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy działu VI ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

DZIAŁ VII
Nadzór

Art. 162.

1. Nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.
2. Na zasadach przewidzianych w ustawie i przepisach szczególnych nadzór w zakresie gospodarki finansowej Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw finansów publicznych, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

Art. 163.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości, nad działalnością:
   1) Funduszu;
   2) świadczeniodawców, w zakresie realizacji umów z Funduszem;
   3) podmiotów, którym Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności;
   4) aptek, w zakresie refundacji leków.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji, w całości lub w części, w przypadku gdy:
   1) narusza ona prawo lub
   2) prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, lub
   3) prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu.
3. Podjęcie przez ministra właściwego do spraw zdrowia decyzji w sprawach, o których mowa w ust. 2, wymaga pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie, o którym mowa w ust. 2 pkt 3.

4. Uchwały Rady Funduszu i decyzje Prezesa Funduszu Prezes Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich podjęcia.
5. Przepisów ust. 2–4 nie stosuje się do postępowania w sprawie zatwierdzenia planu finansowego, uchwał dotyczących sprawozdania finansowego, sprawozdań z wykonania planu finansowego oraz decyzji wydanych w wyniku wniesienia odwołania w trakcie postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w indywidualnych sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego oraz w sprawach wynikających z pełnienia funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.

Art. 164.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może badać decyzje podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz uchwały podejmowane przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu.
2. Przepisy art. 163 ust. 2, 3 i 5 stosuje się odpowiednio.

Art. 165.

1. W ramach nadzoru minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:
   1) żądania udostępnienia mu przez Fundusz dokumentów związanych z działalnością Funduszu lub ich kopii oraz zapoznawania się z ich treścią;
   2) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności Funduszu, od Rady Funduszu, Prezesa i zastępców Prezesa Funduszu, rad oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracowników Funduszu oraz innych osób wykonujących pracę na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
   3) żądania udostępnienia przez świadczeniodawcę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
   4) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących czynności wykonywanych na rzecz Funduszu;
   5) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 4, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących refundacji leków.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, przedstawiając pisemne żądanie, o którym mowa w ust. 1, wskazuje termin jego wykonania.
3. W razie stwierdzenia, na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień i dokumentów, o których mowa w ust. 1, przypadków naruszeń prawa, statutu Funduszu lub interesu świadczeniobiorców minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia odpowiednio Fundusz, świadczeniodawcę, podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, lub aptekę o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i

dostosowanie działalności powiadamianego podmiotu do przepisów prawa, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów prawa.

4. W przypadku gdy został złożony wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, termin do usunięcia nieprawidłowości, o którym mowa w ust. 3, liczy się od dnia doręczenia decyzji po rozpatrzeniu wniosku.

5. W terminie 3 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego do usunięcia nieprawidłowości Fundusz, świadczeniodawca, podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, lub apteka informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.

Art. 166.

1. W razie nieusunięcia przez Fundusz w wyznaczonym terminie nieprawidłowości, minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do:
   1) Prezesa Rady Ministrów – o odwołanie wszystkich członków Rady Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu działania Rady Funduszu;
   2) Prezesa Funduszu – o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu jego działania.
2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, w ciągu 30 dni od dnia odwołania:
   1) Prezes Rady Ministrów powołuje nowych członków Rady Funduszu na pełną kadencję, z zachowaniem wymagań określonych w art. 99 ust. 1, 5 i 6;
   2) Prezes Funduszu powołuje nowego dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na pełną kadencję, z zachowaniem wymagań określonych w art. 107 ust. 2 i 3.
3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, odpowiednio członkowie Rady Funduszu oraz dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonują jedynie czynności niezbędne do zapewnienia ciągłości działania Funduszu.

Art. 167.

1. W przypadku naruszenia prawa, statutu Funduszu lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 128 ust. 5 i w art. 165 ust. 1 pkt 1–4, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na Prezesa Funduszu lub zastępcę Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, odpowiedzialnego za te naruszenia lub nieudzielanie wyjaśnień i informacji, karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę, niezależnie od innych środków nadzoru przewidzianych przepisami prawa.
2. W przypadku naruszenia prawa lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 5, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 168.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może żądać pisemnie niezwłocznego rozpatrzenia sprawy przez Radę Funduszu, Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, radę oddziału wojewódzkiego Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, jeżeli uzna to za konieczne do prawidłowego sprawowania nadzoru nad działalnością Funduszu.
2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia bierze udział albo deleguje swojego przedstawiciela do udziału w posiedzeniu podmiotów, o których mowa w ust. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia albo jego przedstawiciel jest uprawniony do zabierania głosu w sprawach objętych porządkiem obrad tych podmiotów.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić z pisemnym żądaniem, o którym mowa w ust. 1, określając termin, przed którego upływem posiedzenie podmiotów, o których mowa w ust. 1, powinno się odbyć.
4. Podmioty, o których mowa w ust. 1, są obowiązane niezwłocznie poinformować ministra właściwego do spraw zdrowia o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia.
5. Jeżeli w ciągu 7 dni od dnia doręczenia wezwania termin posiedzenia nie zostanie ustalony, zostanie ustalony z naruszeniem terminu określonego w wezwaniu lub minister właściwy do spraw zdrowia nie zostanie poinformowany o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia, minister może zwołać posiedzenie podmiotów, o których mowa w ust. 1, na koszt Funduszu.
6. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w ust. 1–5 przysługują również ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych. Minister właściwy do spraw finansów publicznych i minister właściwy do spraw zdrowia informują się wzajemnie o wystąpieniu z żądaniem zwołania posiedzenia, o którym mowa w ust. 1, oraz o podjętych działaniach.

Art. 169.

1. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 165 przysługują odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Funduszu.
2. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 166–168 przysługują odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, w szczególności w przypadku:
   1) działań powodujących niezrównoważenie przychodów z kosztami Funduszu;
   2) niezatwierdzenia sprawozdania finansowego Funduszu;
   3) niezatwierdzenia rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu;
   4) przekroczenia terminów, o których mowa w rozdziale 2 działu V – z wyłączeniem przepisów dotyczących planu finansowego Funduszu;
   5) nieprawidłowości w zakresie sprawozdań, o których mowa w art. 131 ust. 1.

Art. 170.

1. W razie nieusunięcia w wyznaczonym terminie przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, stwierdzonych nieprawidłowości, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości.
2. W razie nieusunięcia przez aptekę w wyznaczonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 171.

1. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 1–4, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości.
2. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 5, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez aptekę minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do sześciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 172.

W przypadkach określonych w art. 170 ust. 1 i art. 171 minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3.

Art. 173.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę:
   1) działalności i stanu majątkowego Funduszu, w celu sprawdzenia, czy działalność Funduszu jest zgodna z prawem, statutem Funduszu lub z interesem świadczeniobiorców;
   2) świadczeniodawców, w zakresie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub z interesem świadczeniobiorców;
   3) podmiotów, o których mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, w zakresie wywiązywania się z umowy zawartej z Funduszem;
   4) aptek, w zakresie refundacji leków.
2. Przy przeprowadzaniu kontroli minister właściwy do spraw zdrowia może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz

podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz. Przepisy art. 64 ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli, zwaną dalej „kontrolerem".

4. Jednostka kontrolowana obowiązana jest do przedkładania kontrolerowi żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.

4a. Kontrolerzy, w zakresie ustalonym w upoważnieniu ministra właściwego do spraw zdrowia, mają prawo do:

1) wstępu do wszystkich pomieszczeń kontrolowanego podmiotu;

2) swobodnego dostępu do:

a) oddzielnego pomieszczenia biurowego, przeznaczonego wyłącznie na potrzeby wykonywania zadań przez kontrolera,

b) środków łączności;

3) wglądu do wszelkich dokumentów kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii, odpisów i wyciągów z tych dokumentów;

4) wglądu do danych zawartych w systemie informatycznym kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii lub wyciągów z tych danych, w tym w formie elektronicznej;

5) żądania wyjaśnień ustnych lub pisemnych od osób pozostających w stosunku pracy, zlecenia lub innym stosunku prawnym o podobnym charakterze z kontrolowanym podmiotem, w tym w formie elektronicznej;

6) żądania przekazania niezbędnych danych lub sporządzenia zestawień danych, w tym w formie elektronicznej;

7) zabezpieczenia dokumentów i innych dowodów.

5. Kontroler nie może być jednocześnie:

1) pracownikiem Funduszu;

2) właścicielem świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

3) świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

4) pracownikiem świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt 3;

5) osobą współpracującą ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 3;

6) członkiem organów lub pracownikiem podmiotu tworzącego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;

7) członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

6. Kontroler podlega wyłączeniu od udziału w kontroli z mocy ustawy, jeżeli:

1) pozostaje z jednostką kontrolowaną w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że wynik kontroli może mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki;

2) kontrola dotyczy jego małżonka lub krewnych i powinowatych do drugiego stopnia;

3) kontrola dotyczy osoby związanej z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.

7. Powody wyłączenia, o których mowa w ust. 6, trwają także po ustaniu uzasadniającego je małżeństwa, przysposobienia, opieki i kurateli.

8. Niezależnie od przyczyn wymienionych w ust. 6 minister właściwy do spraw zdrowia wyłącza kontrolera na jego żądanie lub na wniosek jednostki kontrolowanej, jeżeli między nim a jednostką kontrolowaną zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do bezstronności kontrolera.

9. Wyłączony kontroler powinien podejmować tylko czynności niecierpiące zwłoki ze względu na interes społeczny lub ważny interes jednostki kontrolowanej.

10. (uchylony).

Art. 174.

1. Wyniki przeprowadzonej kontroli kontroler 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. Protokół kontroli podpisują kontroler i kierownik jednostki kontrolowanej, a w razie jego nieobecności – osoba przez niego upoważniona.

Art. 175.

1. Kierownikowi jednostki kontrolowanej lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje prawo zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, umotywowanych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w protokole.

2. Zastrzeżenia należy zgłosić na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

3. W razie zgłoszenia zastrzeżeń, o których mowa w ust. 1, kontroler 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.

4. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części kontroler przekazuje na piśmie swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 176.

1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może w terminie 7 dni od dnia otrzymania stanowiska, o którym mowa w art. 175 ust. 4, zgłosić na piśmie umotywowane zastrzeżenia do ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje niezwłocznie zastrzeżenia i doręcza informację o ich rozpatrzeniu, wraz z uzasadnieniem, zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 177.

1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając w terminie 7 dni od jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy.
2. W razie zgłoszenia zastrzeżeń termin do złożenia wyjaśnienia o odmowie podpisania protokołu liczy się od dnia otrzymania ostatecznej decyzji w sprawie rozpatrzenia tych zastrzeżeń.
3. O odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontroler czyni wzmiankę w protokole.
4. Odmowa podpisania protokołu kontroli przez osobę wymienioną w ust. 1 nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustaleń kontroli.

Art. 178.

1. 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 mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności jednostki kontrolowanej do przepisów prawa.
3. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, do poinformowania ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.
4. W razie niewykonania zaleceń, o których mowa w ust. 2, przepisy art. 166–171 stosuje się odpowiednio.

Art. 179.

1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona, w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, może odwołać się do ministra właściwego do spraw zdrowia od zawartych w wystąpieniu pokontrolnym ocen, uwag, wniosków i zaleceń.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje odwołanie w ciągu 14 dni od dnia jego otrzymania i zajmuje stanowisko.
3. Stanowisko ministra właściwego do spraw zdrowia jest ostateczne i wraz z uzasadnieniem jest doręczane jednostce kontrolowanej.

Art. 179a.

Przepisy art. 173–179 stosuje się do kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

Art. 180.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i

tryb przeprowadzania kontroli, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

Art. 181.

1. Do postępowania przed ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie nadzoru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.
2. W sprawach, o których mowa w art. 163 ust. 2, art. 164, art. 165 ust. 3, art. 167, art. 170 i 171, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.

Art. 182.

1. Do postępowania przed ministrem właściwym do spraw finansów publicznych w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Funduszu stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.
2. W sprawach, o których mowa w art. 169, minister właściwy do spraw finansów publicznych wydaje decyzje administracyjne.

Art. 183.

1. Kary pieniężne, o których mowa w art. 167, 170 i 171, podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
2. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej nakładanej na podstawie przepisów ustawy minister właściwy do spraw zdrowia jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości.
3. Od decyzji w sprawie kar pieniężnych przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 184.

Od decyzji administracyjnych, o których mowa w niniejszym dziale, przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 185.

Minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia podmiot tworzący, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, o nieprawidłowościach stwierdzonych u świadczeniodawcy oraz wydanych decyzjach mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności podmiotu, którego dotyczy decyzja, do przepisów prawa.

Art. 186.

Osoby wykonujące w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub ministra właściwego do spraw finansów publicznych czynności nadzoru nad Funduszem nie mogą:

1) być członkami organów Funduszu;

2) być pracownikami Funduszu;

3) wykonywać pracy na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;

4) być świadczeniodawcami, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

5) być członkami organów lub pracownikami podmiotów, o których mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, ani też wykonywać pracy na ich rzecz na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

Art. 187.

1. Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, przyjęte przez Radę Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Funduszu.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 sierpnia roku następnego, roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, o którym mowa w ust. 1, po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.

DZIAŁ VIII
Przetwarzanie i ochrona danych

Art. 188.

1. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu:
   1) stwierdzenia istnienia ubezpieczenia zdrowotnego oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz;
   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;
   9) identyfikacji płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne.

1a. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, w celu:

1) rozliczania ze świadczeniodawcami;

2) rozliczania dotacji, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt 5;

3) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;

4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

1b. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3, w celu rozliczania kosztów refundacji leków.

2. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz umów międzynarodowych w celu:

1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej;

2) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;

3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;

4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;

5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej**;**

6) prowadzenia punktu kontaktowego, o którym mowa w art. 97 ust. 3d.

2a. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych związanych z realizacją zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2 i 3a.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych:

1) osób ubezpieczonych, w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4–8;

2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w celu określonym w ust. 2 pkt 2 i 3;

3) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4–8.

4. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1–3, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz mają prawo do przetwarzania następujących danych:

1) nazwisko i imię (imiona);

2) nazwisko rodowe;

3) data urodzenia;

4) płeć;

5) obywatelstwo;

6) (uchylony);

7) numer PESEL;

8) (uchylony);

9) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL;

10) adres zamieszkania;

11) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;

11a) adres zameldowania;

11b) adres do korespondencji i inne dane pozwalające na skontaktowanie się z osobą, której dane Fundusz przetwarza w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;

12) numer ubezpieczenia;

13) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;

14) stopień niepełnosprawności;

15) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 43 ust. 1, art. 44 ust. 1, art. 45 ust. 1, art. 46 ust. 1 i art. 47, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy;

16) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3;

17) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;

18) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

19) dane dotyczące lekarza lub felczera wystawiającego receptę na refundowane leki lub wyroby medyczne;

20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza lub felczera, o którym mowa w pkt 19;

21) dane dotyczące apteki realizującej receptę na refundowane leki i wyroby medyczne;

22) data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;

22a) kod tytułu ubezpieczenia;

22b) data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;

22c) data wypełnienia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;

23) data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;

23a) data wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;

24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne, oraz dane dotyczące opłaconych, nieopłaconych, nieopłaconych w terminie i należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz ze wskazaniem okresu, jakiego dotyczą;

25) dane o płatniku składki na ubezpieczenie zdrowotne;

26) typ dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej;

27) data zgonu**;**

28) dane dotyczące wypadków przy pracy i chorób zawodowych, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;

29) informacje, określające ustawodawstwo właściwe zgodnie z przepisami o koordynacji, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;

30) dane o przychodach z tytułów rodzących obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego;

31) okres uprawnień wynikających z art. 67 ust. 6 i 7;

32) informacje, czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;

33) kod przyczyny wyrejestrowania z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

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

6. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby spośród wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 2–9, wobec których, z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa form i metod realizacji zadań podlegających ochronie zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, stosuje się odrębny tryb przetwarzania danych, o których mowa w ust. 4. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.

Art. 188a.

W celu realizacji zadań określonych w ustawie Fundusz jest uprawniony do przetwarzania następujących danych osobowych osób udzielających świadczeń na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ubiegających się o zawarcie takich umów:

1) nazwisko i imię (imiona);

2) nazwisko rodowe;

3) numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

4) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku osób, którym nadano ten numer;

5) dotyczących kompetencji zawodowych istotnych z punktu widzenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Funduszem;

6) informacje o prawomocnych orzeczeniach sądów o zakazie zawierania z Funduszem umów do wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, o których mowa w ustawie o refundacji.

Art. 189.

1. (uchylony).

2. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych, o których mowa w art. 190 ust. 1 i 2.

3. (uchylony).

Art. 190.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców posiadających umowę z Funduszem o udzielanie całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych związanych z nabywaniem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w szczególności strony transakcji, numer faktury, datę faktury, ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego i ich ceny jednostkowej oraz wartość faktury, a także zastosowane rabaty lub upusty, biorąc pod uwagę zakres danych zawartych w dokumentacji zakupu.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, wojewodów i marszałków województw, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Funduszu oraz zakres sprawozdań okresowych i sposób ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a także minimalny zakres zbiorczych informacji i sposób ich przekazywania wojewodom i sejmikom województw, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

4. (uchylony).

Art. 191.

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

2. Minister właściwy do spraw zdrowia oraz Fundusz są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, w celu:

   1) rozliczania ze świadczeniodawcami;

   2) kontroli:

a) rodzaju, zakresu i przyczyn udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,

b) przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;

3) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni na świadczenia opieki zdrowotnej, leki, wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze.

3. W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia oraz Fundusz mają prawo przetwarzania następujących danych:

1) nazwisko i imię;

2) numer PESEL;

3) (uchylony);

4) seria i numer dowodu osobistego lub paszportu – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL;

5) dane dotyczące rodzaju i zakresu udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.

4. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych oraz minister właściwy do spraw zdrowia są uprawnieni do uzyskiwania informacji niezbędnych do realizacji zadań wynikających z ustawy.

Art.191a.

Rozliczenia ze świadczeniodawcami i aptekami Fundusz realizuje poprzez System Rejestru Usług Medycznych – „RUM – NFZ", o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Art. 192.

1. Fundusz na żądanie świadczeniobiorcy informuje go o:

1) posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa, a w przypadku gdy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerach NIP i REGON płatnika ubezpieczenia zdrowotnego – na podstawie informacji przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;

2) udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób, tryb i terminy występowania do Funduszu oraz udostępniania przez Fundusz informacji, o których mowa w ust. 1, mając na uwadze zakres informacji, o jaką występuje świadczeniobiorca, konieczność zapewnienia właściwej identyfikacji i uwierzytelniania świadczeniobiorcy oraz ochrony danych osobowych przed nieuprawnionym dostępem lub ujawnieniem.

Art. 192a.

W celu potwierdzenia udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, Fundusz może zwrócić się do świadczeniobiorcy o informację w zakresie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej.

DZIAŁ IX
Przepisy karne

Art. 192b. (uchylony).

Art. 192c. (uchylony).

Art. 193.

Kto:

1) nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenie zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia,

1a) nie dokonuje w terminie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego,

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 opieki zdrowotnej,

5) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej,

6) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny,

7) podaje w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz nieprawdziwe informacje i dane

– podlega karze grzywny.

Art. 194.

Odpowiedzialności przewidzianej w art. 193 podlega także ten, kto dopuszcza się czynów określonych w tych przepisach, działając w imieniu osoby prawnej albo jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej.

Art. 195.

Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 193 i 194, następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

DZIAŁ X
Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 196–228. (pominięte).[41)]

DZIAŁ XI
Przepisy przejściowe, dostosowawcze i końcowe

Art. 229.

Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o:

1) ustawie:

a) o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,

b) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

– rozumie się przez to niniejszą ustawę;

2) przepisach:

a) o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,

b) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

– rozumie się przez to niniejszą ustawę oraz przepisy wydane na jej podstawie.

Art. 230.

Ubezpieczeni na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.[42)]) stają się z dniem wejścia w życie ustawy ubezpieczonymi na podstawie niniejszej ustawy.

Art. 231.

1. Fundusz zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym.
2. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte na okres dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2004 r. podlegają rozwiązaniu z mocy prawa z dniem 31 grudnia 2004 r., chyba że w terminie 14 dni od dnia wejścia ustawy w życie świadczeniodawca, z którym zawarto taką umowę, oświadczy Funduszowi, że pozostaje nią związany. Oświadczenie składa się na piśmie pod rygorem nieważności.

---

41) Zamieszczone w obwieszczeniu Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 25 sierpnia 2008 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu usta wy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027).

42) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37, Nr 19, poz. 177, Nr 64, poz. 593, Nr 93, poz. 892 i 896, Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252, Nr 121, poz. 1264, Nr 146, poz. 1546 i Nr 187, poz. 1925.

3. W razie niemożności zawarcia do dnia 31 grudnia 2004 r. umów na 2005 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywanie dotychczasowych umów zawartych ze świadczeniodawcami na okres do dnia 31 grudnia 2004 r. może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2005 r., w drodze zmiany umowy dokonanej nie później niż do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 232.

1. Fundusz wstępuje w prawa i obowiązki Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251.
2. Mienie Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, staje się z dniem wejścia w życie ustawy z mocy prawa mieniem Funduszu, z tym że mienie otrzymane od Skarbu Państwa zalicza się na fundusz podstawowy Funduszu.
3. Umowy, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, nabył prawo do używania nieruchomości, wygasają po upływie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, chyba że w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia ustawy w życie Prezes Funduszu oświadczy drugiej stronie umowy, że pozostaje nią związany. Oświadczenie Prezes Funduszu składa na piśmie pod rygorem nieważności.
4. Przepis ust. 3 nie dotyczy umów, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, nabył własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości.
5. Przejście praw i mienia Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, na Fundusz następuje nieodpłatnie oraz jest wolne od podatków i opłat.

Art. 233.

1. Bilans zamknięcia Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, staje się bilansem otwarcia Funduszu.
2. Plan finansowy na 2005 r. Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, staje się planem finansowym Funduszu. Przepisy ustawy dotyczące planu finansowego Funduszu stosuje się odpowiednio.
3. Sprawozdanie finansowe za rok 2004 Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, jest zatwierdzane w trybie określonym w art. 130 ust. 3.

Art. 234.

1. Ujawnienie w księgach wieczystych praw własności nieruchomości i użytkowania wieczystego nieruchomości, wynikających z przejęcia przez Fundusz mienia, o którym mowa w art. 232 ust. 2, następuje na wniosek Prezesa Funduszu, na podstawie oświadczenia woli, o którym mowa w art. 239 ust. 2 pkt 5.
2. Postępowanie w przedmiocie wpisów jest wolne od opłat sądowych.

Art. 235.

Fundusz przejmuje zbiory danych prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, w tym zbiory danych osobowych. W przypadku zbiorów danych znajdujących się w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, zbiory te stają się zbiorami danych właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Art. 236.

Bank Gospodarstwa Krajowego przejmie obsługę bankową Funduszu nie później niż do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 237.

Z dniem wejścia w życie ustawy:

1) wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, stają się z mocy prawa oddziałami wojewódzkimi Funduszu;
2) centrala Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, staje się centralą Funduszu.

Art. 238.

1. Pracownicy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, z dniem wejścia w życie ustawy stają się, z mocy prawa, pracownikami Funduszu, zatrudnionymi na stanowiskach pracy we właściwych oddziałach wojewódzkich.
2. Pracownicy centrali Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, z dniem wejścia w życie ustawy stają się, z mocy prawa, pracownikami Funduszu zatrudnionymi na stanowiskach pracy w centrali tego Funduszu.

Art. 239.

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 Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, które zostanie przekazane do Funduszu, w tym określenia, które ze składników majątkowych Narodowego Funduszu Zdrowia pochodzą z mienia Skarbu Państwa;
   2) sporządza wykazy mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych, w tym odrębny wykaz mienia Skarbu Państwa, które zostało przejęte przez Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie

ustawy, o której mowa w art. 251, po zlikwidowanych kasach chorych i ich jednostkach organizacyjnych;

3) przygotowuje przejęcie przez Fundusz mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych, a w szczególności środków trwałych i wyposażenia;

4) przygotowuje przejęcie przez Fundusz praw majątkowych i niemajątkowych Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych;

5) złoży, w formie aktu notarialnego, oświadczenie woli o wniesieniu do Funduszu mienia Skarbu Państwa, o którym mowa w pkt 2.

3. Mienie Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zalicza się na poczet funduszu podstawowego Funduszu.

4. Do czasu złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 5, Fundusz wykonuje uprawnienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, w zakresie, w jakim ten fundusz wykonywał te uprawnienia do dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 240.

1. Do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

2. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ust. 1, jest dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg.

3. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym fakt objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym może być legitymacja emeryta (rencisty) wydawana na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 241.

Fundusz finansuje świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 3 udzielone po dniu wejścia w życie ustawy.

Art. 242.

Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 79 ust. 1, wynosi:

1) od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2004 r. – 8,25% podstawy wymiaru;

2) od dnia 1 stycznia 2005 r. do dnia 31 grudnia 2005 r. – 8,5% podstawy wymiaru;

3) od dnia 1 stycznia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2006 r. – 8,75% podstawy wymiaru.

Art. 243.

Podstawą wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 81 ust. 8 pkt 5 i 6, dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24 – w przypadku niepobierania przez bezrobotnych zasiłku lub stypendium, oraz dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 25 – w przypadku niepobierania przez te osoby zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, jest:

1) od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2004 r. – kwota odpowiadająca 40% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
2) od dnia 1 stycznia 2005 r. do dnia 31 grudnia 2005 r. – kwota odpowiadająca 50% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
3) od dnia 1 stycznia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2006 r. – kwota odpowiadająca 60% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
4) od dnia 1 stycznia 2007 r. do dnia 31 grudnia 2007 r. – kwota odpowiadająca 70% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

Art. 244.

Oświadczenia woli ubezpieczonych o wyborze lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują ważność.

Art. 245.

Osoby ubezpieczające się dobrowolnie nie wnoszą opłaty, o której mowa w art. 68 ust. 7, jeżeli ubezpieczą się w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 246.

Postępowania w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie ustawy toczą się przed Prezesem Funduszu na dotychczasowych zasadach.

Art. 247. (pominięty).[43)]

Art. 248. (pominięty).[44)]

Art. 249.

1. Do czasu powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 98 ust. 1, organy Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, oraz dyrektorzy oddziałów wojewódzkich tego Funduszu peł-

[43)] Zamieszczony w obwieszczeniu.
[44)] Zamieszczony w obwieszczeniu.

nią swoje funkcje na dotychczasowych zasadach, przy czym Prezes Funduszu i dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu pełnią swoje funkcje nie dłużej niż 3 miesiące od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Z dniem powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 98 ust. 1, organy Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, stosunki pracy dyrektorów oddziałów wojewódzkich tego Funduszu ulegają rozwiązaniu oraz wygasają kadencje rad społecznych.

Art. 250.

Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania zmierzające w szczególności do powołania jednostki organizacyjnej mającej za zadanie dokonywanie oceny procedur medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem procedur medycznych będących przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 251.

Traci moc ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowa (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.[45)]).

Art. 252.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 października 2004 r., z wyjątkiem:

1) art. 201, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.;

2) art. 239 ust. 1 i 2, które wchodzą w życie z dniem ogłoszenia ustawy.

Załącznik
(uchylony)

[45)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37, Nr 19, poz. 177, Nr 64, poz. 593, Nr 93, poz. 892 i 896, Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252, Nr 121, poz. 1264, Nr 146, poz. 1546 i Nr 187, poz. 1925.