

USTAWA
z dnia 6 lutego 1997 r.

o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 1.

Wprowadza się powszechne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, zwane dalej „ubezpieczeniem zdrowotnym”.

Art. 1a.

Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

- 1) solidarności społecznej,
- 2) samorządności,
- 3) samofinansowania,
- 4) prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy i kasy chorych,
- 5) zapewnienia równego dostępu do świadczeń,
- 6) działalności kas chorych nie dla zysku,
- 7) gospodarności i celowości działania,
- 8) gwarancji państwa.

Art. 2.

1. Ubezpieczonymi na podstawie przepisów ustawy są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej z prawem do pracy, karty stałego pobytu lub karty czasowego pobytu, jeżeli:
 - 1) podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 2) ubezpieczają się dobrowolnie.
2. Ubezpieczonymi na podstawie przepisów ustawy są także:
 - 1) zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1,
 - 2) osoby posiadające obywatelstwo polskie, niezamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli są objęte ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887 i Nr 162, poz.

Opracowano na podstawie: Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929, Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz. 777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236, Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041, Nr 122, poz. 1311 i 1324, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 88, poz. 961, Nr 97, poz. 1050, Nr 126, poz. 1382 i 1384, Nr 154, poz. 1796 i 1801, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 83, poz. 749, Nr 153, poz. 1271, Nr 200, poz. 1689, Nr 230, poz. 1920, Nr 241, poz. 2074.

1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459 i Nr 72, poz. 748),

- 3) cudzoziemcy - studenci i słuchacze studiów doktoranckich, którzy studiuja w Rzeczypospolitej Polskiej,
- 4) cudzoziemcy - członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiedniki przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej oraz posiadający kartę stałego pobytu lub kartę czasowego pobytu.

Art. 3.

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

Art. 4.

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

9. Kasa chorych może realizować zlecone i finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia zadania z zakresu ochrony zdrowia.
10. Zakres i zasady finansowania oraz tryb realizowania zadań, o których mowa w ust. 9, określa umowa pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia i kasą chorych.

Art. 4a.

Realizację powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przez inne niż kasy chorych instytucje ubezpieczeniowe uregułuje odrębna ustawa.

Art. 7.

Ilekroć w ustawie jest mowa o:

- 1) artykułach sanitarnych - rozumie się przez to materiały i preparaty opatrunkowe przeznaczone dla celów medycznych oraz środki ich mocowania, **art. 5 i 6 skreślone**
- 2) bezrobotnym - rozumie się przez to bezrobotnego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz.U. z 1997 r. Nr 25, poz. 128),
- 2a) osobie bezdomnej wychodzącej z bezdomności - rozumie się przez to osobę realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności w rozumieniu ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 1998 r. Nr 64, poz. 414, Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 20, poz. 170, Nr 79, poz. 885 i Nr 90, poz. 1001, z 2000 r. Nr 12, poz. 136 i Nr 19, poz. 238 oraz z 2001 r. Nr 72, poz. 748),
- 3) kombatancie - rozumie się przez to osobę, o której mowa w art. 1-4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. Nr 17, poz. 75 i Nr 104, poz. 450, z 1992 r. Nr 21, poz. 85, z 1993 r. Nr 29, poz. 133, Nr 129, poz. 602 i Nr 134, poz. 645, z 1994 r. Nr 99, poz. 482, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 138, poz. 681 oraz z 1997 r. Nr 15, poz. 83),
- 3a) inwalidzie wojennym - rozumie się przez to osobę, o której mowa w art. 6-8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 1983 r. Nr 13, poz. 68, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1992 r. Nr 21, poz. 84, z 1993 r. Nr 129, poz. 602, z 1994 r. Nr 10, poz. 37, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 138, poz. 681, z 1996 r. Nr 136, poz. 636, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1118 oraz z 2001 r. Nr 81, poz. 877),
- 4) lecznictwie uzdrowiskowym - rozumie się przez to lecznictwo określone w ustawie z dnia 17 czerwca 1966 r. o uzdrowiskach i lecznictwie uzdrowiskowym (Dz.U. Nr 23, poz. 150, z 1987 r. Nr 33, poz. 180, z 1989 r. Nr 35, poz. 192, z 1990 r. Nr 34, poz. 198, z 1998 r. Nr 162, poz. 1116 i z 2000 r. Nr 120, poz. 1268),
- 5) leku recepturowym - rozumie się przez to leki sporządzone w aptece na podstawie recepty,
- 6) leku uzupełniającym - rozumie się przez to produkt leczniczy, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 126,

- poz. 1381), wspomagający lub uzupełniający działanie leków podstawowych, a także produkt leczniczy najnowszej generacji o zbliżonych właściwościach terapeutycznych, a wysokiej cenie,
- 7) leku podstawowym - rozumie się przez to produkt leczniczy ratujący życie lub niezbędny w terapii dla podtrzymania zdrowia, najbardziej uzasadniony w danej grupie produktów leczniczych,
- 8) lekarzu - rozumie się przez to również lekarza stomatologa,
- 9) lekarzu ubezpieczenia zdrowotnego - rozumie się przez to lekarza zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego zawód poza zakładem opieki zdrowotnej, z którym to zakładem bądź lekarzem zawarto umowę o udzielanie ubezpieczonym świadczeń z zakresu podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej,
- 9a) felczerze ubezpieczenia zdrowotnego - rozumie się przez to felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń zdrowotnych, w zakresie ustalonym ustawą z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. Nr 36, poz. 336, z 1954 r. Nr 57, poz. 284 i z 1998 r. Nr 143, poz. 916), w zakładzie opieki zdrowotnej, który zawarł z kasą chorych umowę o udzielanie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych,
- 9b) lekarzu wykonującym zawód poza zakładem opieki zdrowotnej - rozumie się przez to lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub grupową praktykę lekarską,
- 10) materiałach medycznych, które zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 126, poz. 1380) mogą być przedmiotem obrotu w hurtowniach farmaceutycznych i aptekach,
- 11) nazwie handlowej leku - rozumie się przez to nazwę zastrzeżoną przez producenta,
- 12) nazwie międzynarodowej leku - rozumie się przez to nazwę leku ustaloną przez Światową Organizację Zdrowia,
- 13) najniższym wynagrodzeniu - rozumie się przez to najniższe wynagrodzenie pracowników, ogłoszone przez ministra właściwego do spraw pracy w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie Kodeksu pracy,
- 14) osobie pobierającej emeryturę lub rentę - rozumie się przez to osobę objętą zaopatrzeniem emerytalno-rentowym lub pobierającą rentę strukturalną, na podstawie odrębnych przepisów,
- 15) przeciętnym wynagrodzeniu – rozumie się przez to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”,
- 16) świadczeniu zdrowotnym - rozumie się przez to świadczenie określone w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682 oraz z 1996 r. Nr 24, poz. 110),
- 17) ubezpieczeniu społecznym rolników - rozumie się przez to ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 1993 r. Nr 71, poz. 342, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, z 1995 r.

- Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 124, poz. 585, Nr 136, poz. 636 i Nr 155, poz. 771),
- 18) działalności pozarolniczej - rozumie się przez to działalność, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. Nr 137, poz. 887 i Nr 162, poz. 1118),
- 19) ubezpieczeniu społecznym - rozumie się przez to ubezpieczenia emerytalne i rentowe określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 20) zawodzie medycznym - rozumie się przez to zawód, który na podstawie odrębnych przepisów uprawnia do udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 21) członku rodziny – rozumie się przez to, z zastrzeżeniem pkt 21a, następujące osoby, niepodlegające ubezpieczeniu z innego tytułu:
- a) dziecko własne, dziecko drugiego małżonka, dziecko przysposobione oraz wnuka i dziecko obce przyjęte na wychowanie, również w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli jest niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku,
 - b) małżonka,
 - c) krewnych wstępnych pozostających z nim we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 21a) za członka rodziny uważa się także dzieci uprawnione do renty rodzinnej,
- 22) kasie chorych bez bliższego oznaczenia - rozumie się przez to każdą kasę chorych,
- 23) świadczeniodawcy – rozumie się przez to zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie oraz grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki albo osobę, która uzyskała fachowe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej,
- 24) Pełnomocniku – rozumie się przez to Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego, o którym mowa w art. 167,
- 25) Urzędzie Nadzoru – rozumie się przez to *[Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, o którym mowa w art. 151-151ff]* **<Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń określony w ustawie z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62, z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 88, poz. 554, Nr 107, poz. 685, Nr 121, poz. 769 i 770 i Nr 139, poz. 934, z 1998 r. Nr 155, poz. 1015, z 1999 r. Nr 49, poz. 483, Nr 101, poz. 1178 i Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 43, poz. 483, Nr 48, poz. 552, Nr 70, poz. 819, Nr 114, poz. 1193 i Nr 116, poz. 1216 oraz z 2001 r. Nr 37, poz. 424)>**,
- 26) świadczeniach pielęgniarских – rozumie się przez to świadczenia zdrowotne określone w art. 4 i 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarów i położnej (Dz.U. Nr 91, poz. 410 i z 1998 r. Nr 106, poz. 668),

zmiana w pkt 25 w art. 7 wchodzi w życie 1.01.2004 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 88, poz. 961, 2002 r. Nr 200, poz. 1689)

- 27) poziomie referencyjnym szpitali i oddziałów - rozumie się przez to ich podział w zależności od zakresu, rodzaju i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 28) aptecę – rozumie się przez to aptekę ogólnodostępną, a także punkt apteczny,
- 29) szpitalu – rozumie się przez to również szpital kliniczny,
- 30) ambulatoryjnej opiece zdrowotnej – rozumie się przez to udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom nie wymagającym hospitalizacji (leczenia szpitalnego) przez przychodnie, poradnie i ośrodki zdrowia oraz udzielanie tych świadczeń w ramach praktyki zawodów medycznych.

Rozdział 2

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 8.

Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

- 1) osoby objęte ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, z zastrzeżeniem art. 2, które są:
 - a) pracownikami,
 - b) rolnikami lub ich domownikami,
 - c) osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność lub osobami z nimi współpracującymi,
 - d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,
 - e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub osobami z nimi współpracującymi,
 - f) osobami duchownymi,
 - g) członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin,
 - h) osobami pobierającymi świadczenia socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia wynikające z odrębnych przepisów lub z układów zbiorowych pracy,

[2) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową.]

- 3) policjanci,
- 3a) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu,
- 4) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu,
- 5) funkcjonariusze Straży Granicznej,
- 5a) funkcjonariusze Służby Celnej,
- 6) funkcjonariusze Służby Więziennej,
- 7) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej,
- 8) posłowie i senatorowie pobierający uposażenie poselskie albo senatorskie,

**pkt 2 w art. 8
skreślony z dn.
1.01.2004 r. (Dz.U. z
2001 r. Nr 88, poz.
961 i Nr 154, poz.
1801, 2002 r. Nr 200,
poz. 1689)**

- 9) sędziowie i prokuratorzy,
- 10) osoby pobierające emeryturę lub rentę z wyjątkiem osób, o których mowa w art. 7 pkt 21a, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenia rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze,
- 11) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty oraz dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze, niepodlegający ubezpieczeniu z innego tytułu,
- 11a) dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego, nieprzebywające w placówkach, o których mowa w pkt 11, niepodlegające ubezpieczeniu z innego tytułu, z zastrzeżeniem art. 15 pkt 2a,
- 12) studenci i słuchacze studiów doktoranckich, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 3,
- 12a) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedniki,
- 13) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej,
- 14) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15 roku życia, nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu,
- 15) bezrobotni niepodlegający ubezpieczeniu z innego tytułu,
- 16) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-5 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz.U. z 2001 r. Nr 6, poz. 56 i Nr 42, poz. 475) niepodlegające ubezpieczeniu z innego tytułu,
- 17) osoby pobierające rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej niepodlegające ubezpieczeniu z innego tytułu,
- 17a) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności, nieobjęte ubezpieczeniem z innego tytułu,
- 18) kombatan ci nie podlegający ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub nie pobierający emerytury lub renty,
- 19) osoby korzystające z urlopu wychowawczego niepodlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu,
- 19a) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu, jeżeli nie są objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,
- 20) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, jeżeli nie są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1–19,
- [<22) pozostający na wyłącznym utrzymaniu i niepodlegający ubezpieczeniu z innego tytułu członkowie rodzin żołnierzy zawodowych oraz żołnierzy**

**pkt 21 w art. 8
skreślony**

odbywających służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową.>]

(to brzmienie pkt 22 wchodzi w życie z dn. 1.01.2004. - Dz.U. z 2001 r. Nr 88, poz. 961 i z 2002 r. Nr 200, poz. 1689)

<22) niepodlegający ubezpieczeniu z innego tytułu członkowie rodzin żołnierzy zawodowych oraz żołnierzy odbywających służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową.>

(to brzmienie pkt 22 wchodzi w życie z dn. 1.01.2004 r. - Dz.U. 2001 r. Nr 154, poz. 1801, 2002 r. Nr 200, poz. 1689)

Art. 8a.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi w kasie chorych, zgodnie z przepisami art.16, i opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych ustawą.
2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego po zgłoszeniu w kasie chorych:
 - 1) staje się członkiem kasy chorych,
 - 2) uzyskuje wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem art. 51.
3. Członkostwo w kasie chorych osoby, o której mowa w ust. 2, kończy się z dniem wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, chyba że osoba ta ubezpiecza się nadal dobrowolnie.
- 3a. Członkostwo w kasie chorych, osoby o której mowa w ust. 2, nie wygasa w okresie pobierania przez tę osobę zasiłków, przyznanych na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, których nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.
4. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o której mowa w ust. 2, i członków jej rodziny ustaje po upływie 30 dni od dnia wygaśnięcia jej członkostwa w kasie chorych, chyba że osoba ta stała się w tym czasie członkiem innej kasy chorych.
5. W odniesieniu do osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty członkostwo w kasie chorych nie wygasa w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
7. Jednocześnie można być członkiem tylko jednej kasy chorych.
8. Członek rodziny, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, może być zgłoszony tylko w jednej kasie chorych.
9. W przypadku zgłoszenia członka rodziny, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, w więcej niż jednej kasie chorych ważne jest zgłoszenie dokonane jako ostatnie. Przepis art. 16 ust. 13 stosuje się odpowiednio.

**ust. 6 w art. 8a
skreślony**

Art. 9.

1. Osoba nie wymieniona w art. 8 może ubezpieczać się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w kasie chorych.
2. Podstawę wymiaru składki opłacanej przez:

- 1) osobę, o której mowa w ust. 1, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu,
 - 2) osobę, o której mowa w art. 2 ust. 2 pkt 3 i 4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.
3. Osoba, o której mowa w ust. 1, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z kasą chorych, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie 30 dni nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek, chyba że zaległość nie przekracza równowartości miesięcznej kwoty składki.
 4. Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osoby, o której mowa w ust. 1, oznacza równoczesne ubezpieczenie członków jej rodziny.
 5. Osoba, o której mowa w ust. 1, w okresie objęcia jej ubezpieczeniem zdrowotnym jest członkiem kasy chorych, z którą zawarła umowę.
 6. Prawo do świadczeń zdrowotnych osoby, o której mowa w ust. 1, i członków jej rodziny rozpoczyna się w dniu objęcia ubezpieczeniem i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania członkostwa w kasie chorych.
 7. Kasa chorych może uzależnić objęcie ubezpieczeniem osoby, o której mowa w ust. 1, od wpłacenia przez nią kwoty odpowiadającej wielokrotności miesięcznej składki na ubezpieczenie zdrowotne, naliczanej na zasadach określonych w ust. 2, jeśli nie była ona dotąd członkiem kasy chorych lub przerwa w jej ubezpieczeniu zdrowotnym w kasie chorych trwała dłużej niż 3 miesiące.
 8. Szczegółowe zasady ustalania wysokości i pobierania kwoty, o której mowa w ust. 7, określa statut kasy chorych, z tym że nie może być ona wyższa niż dwukrotność przeciętnego wynagrodzenia.
 9. Kasa chorych zawiadamia Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym osoby ubezpieczającej się na własny wniosek.

Art. 10.

W kasach chorych nie mogą ubezpieczać się cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej, z zastrzeżeniem art. 2.

Art. 11.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 8 pkt 1, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym lub ubezpieczeniu społecznym rolników, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli pracownik korzysta z urlopu bezpłatnego, obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu.
3. Po upływie terminu, o którym mowa w ust. 2, pracownik może ubezpieczyć się na zasadach określonych w art. 9.

Art. 12.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób wymienionych w art. 8 pkt 2-7 powstaje z dniem nawiązania stosunku służbowego, a wygasa z dniem jego ustania.

Art. 13.

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

Art. 14.

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

Art. 15.

Obowiązek ubezpieczenia:

- 1) uczniów i słuchaczy, wymienionych w art. 8 pkt 11 - 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, uczniów i słuchaczy, wymienionych w art. 8 pkt 11, przebywających w placówce pełniącej funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze lub w domu pomocy społecznej - powstaje z dniem przyjęcia do placówki albo domu, a wygasa z końcem pobytu w placówce bądź domu,
- 2a) dzieci, o których mowa w art. 8 pkt 11a - powstaje z dniem uznania przez ośrodek pomocy społecznej konieczności i zasadności objęcia ubezpieczeniem, a wygasa z dniem uznania, że ustała konieczność i zasadność objęcia ubezpieczeniem, nie później jednak niż z dniem, w którym dziecko rozpoczyna realizację obowiązku szkolnego; ośrodek pomocy społecznej może odmówić uznania konieczności i zasadności objęcia ubezpieczeniem lub uznać, że ustała konieczność i zasadność objęcia ubezpieczeniem dziecka spełniającego przesłanki określone w art. 8 pkt 11a, wyłącznie jeżeli na podstawie wywiadu rodzinnego (środowiskowego) stwierdzi, iż warunki materialne opiekunów prawnych lub faktycznych dziecka umożliwiają jego ubezpieczenie w trybie art. 9,
- 3) osób wymienionych w art. 8 pkt 12 i 13 - powstaje z dniem immatrykulacji i złożenia ślubowania lub przyjęcia na studia doktoranckie, a wygasa z dniem uzyskania statusu absolwenta lub ukończenia studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich,
- 3a) osób wymienionych w art. 8 pkt 12a - powstaje z dniem przyjęcia do wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub do postulatu

albo jego odpowiedników, a wygasa z dniem ukończenia 25 roku życia albo wystąpienia z wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub zakonu albo jego odpowiedników,

- 4) osób wymienionych w art. 8 pkt 14 – powstaje z dniem przyznania stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do jego pobierania,
- 5) bezrobotnych – powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego, a wygasa z dniem utraty tego statusu,
- 6) osób pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne z urzędu pracy – obejmuje okres od dnia przyznania prawa do zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego do dnia utraty prawa do ich pobierania, a w przypadku osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn, o których mowa w art. 8 pkt 16 - obejmuje okres od dnia zarejestrowania się w urzędzie pracy do dnia przyznania prawa do zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego,
- 7) osób pobierających rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej – obejmuje okres od dnia przyznania renty lub zasiłku do dnia utraty prawa do ich pobierania,
- 7a) osób bezdomnych wychodzących z bezdomności - powstaje po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności, a wygasa z dniem zakończenia realizacji programu lub zaprzestania realizacji programu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- 8) osób korzystających z urlopu wychowawczego – powstaje z dniem rozpoczęcia urlopu, a wygasa z dniem zakończenia urlopu,
- 8a) osób, o których mowa w art. 8 pkt 19a - powstaje z dniem zawarcia ugody sądowej lub zasądzenia świadczenia alimentacyjnego, a wygasa w dniu, w którym należności z tytułu alimentów przestaną być wymagalne,
- 9) rolników, o których mowa w art. 8 pkt 20 – powstaje z dniem zaistnienia określonych w tym przepisie warunków, a wygasa z dniem ich ustania,

**pkt 10 w art. 15
skreślony**

<11) osób wymienionych w art. 8 pkt 22 - powstaje z dniem zaistnienia określonych w tym przepisie warunków, a wygasa z dniem ich ustania.>

Art. 16.

1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniem społecznym oraz wymienionych w ust. 3–10 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego lub do ubezpieczenia społecznego rolników, z zastrzeżeniem ust. 11 i art. 25 ust. 5 i 6.
2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób wymienionych w art. 8 pkt 2–9 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego, z zastrzeżeniem ust. 11.
3. Osoby pobierające emeryturę lub rentę zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, inna właściwa instytucja emerytalno-rentowa lub bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy. Osoby pobierające uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, a także osoby pobierające uposażenie

**pkt 11 w art. 15
wchodzi w życie
1.01.2004 r. (Dz.U.
2001 r. Nr 88, poz.
961 i Nr 154, poz.
1801, 2002 r. Nr 200,
poz. 1689)**

po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze zgłasza do ubezpieczenia wypłacający uposażenie lub świadczenie.

4. Osoby wymienione w art. 8 pkt 11 i 12 zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli, szkoły wyższe, jednostki prowadzące studia doktoranckie, placówki pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze i domy pomocy społecznej.
- 4a. Dzieci, o których mowa w art. 8 pkt 11a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej, z własnej inicjatywy, na wniosek opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka lub na wniosek innej osoby.
- 4b. Osoby wymienione w art. 8 pkt 12a zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio wyższe seminarium duchowne albo teologiczne lub zakon albo jego odpowiednik.
5. Osoby wymienione w art. 8 pkt 13 zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
6. Osoby wymienione w art. 8 pkt 14 zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.
7. Bezrobotnych oraz osoby, o których mowa w art. 8 pkt 16, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego urząd pracy.
- 7a. Osoby korzystające z urlopu wychowawczego zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego, w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna, z zastrzeżeniem ust. 7b.
- 7b. Zakład Ubezpieczeń Społecznych zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego osoby korzystające z urlopu wychowawczego, którym wypłaca zasiłek wychowawczy.
8. Osoby pobierające rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej.
- 8a. Osoby wymienione w art. 8 pkt 17a zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności.
- 8b. Kombatantów, o których mowa w art. 8 pkt 18, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.
9. Osoby wymienione w art. 8 pkt 20 zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te zobowiązane są zgłosić się w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu ich zarejestrowania.
- <9a. Osoby wymienione w art. 8 pkt 22 zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego organ [wojskowy] wypłacający uposażenie żołnierzowi zawodowemu lub żołnierzowi odbywającemu służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową.>**
10. Osoby nie wymienione w [ust. 1-9] **<ust. 1-9a>** zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same.
11. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1-7 i 8-10, kierowane są do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Zgłoszenie powinno zawierać: wskazanie kasy chorych, nazwisko, pierwsze i drugie imię, nazwisko rodowe, płeć, adres zamieszkania, numer PESEL, datę urodzenia oraz numer NIP w przypadku osób, którym nadano ten numer. Gdy osoba zgłaszana do ubezpieczenia zdrowotnego nie ma nadanego numeru

dodany ust. 9a i zmiana w ust. 10 w art. 16 wchodzi w życie z dniem 1.01. 2004 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 88, poz. 961 i Nr 154, poz. 1801, 2002 r. Nr 200, poz. 1689)

PESEL i numeru NIP, zgłoszenie powinno zawierać rodzaj i numer dowodu tożsamości. Zgłoszenie powinno zawierać również następujące dane dotyczące członków rodziny objętej ubezpieczeniem: nazwisko, pierwsze i drugie imię, nazwisko rodowe, płeć, stopień pokrewieństwa, datę urodzenia, adres zamieszkania, stopień niepełnosprawności, numer PESEL oraz numer NIP w przypadku osób, którym nadano ten numer.

12. Osoby, o których mowa w ust. 1-9, składają wniosek o ubezpieczenie w innej kasie chorych za pośrednictwem płatnika ich składki. Płatnik przekazuje wniosek do 15 dnia następnego miesiąca do wskazanej kasy chorych.
13. Kasa chorych, do której skierowany został wniosek, ubezpiecza wnioskodawcę od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wniosek został przekazany, i w terminie 7 dni od dnia objęcia ubezpieczeniem zawiadamia o tym:
 - 1) ubezpieczonego,
 - 2) płatnika, który przekazał wniosek,
 - 3) Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
 - 4) kasę chorych, której członkiem był wnioskodawca.
14. Osoby, o których mowa w ust. 10, składają wniosek o ubezpieczenie w innej kasie chorych do tej kasy chorych. Przepis ust. 13 stosuje się odpowiednio.
15. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku o ubezpieczenie w innej kasie chorych, z uwzględnieniem informacji kasy chorych, w której wnioskodawca jest ubezpieczony, o wnioskodawcy oraz o członkach rodziny wnioskodawcy objętych ubezpieczeniem, a także wzór zawiadomienia o objęciu ubezpieczeniem.

Art. 18.

1. Dowodem objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym jest dokument, zwany dalej „kartą ubezpieczenia”.
2. Kartę ubezpieczenia stosuje się także do potwierdzania wykonania świadczeń zdrowotnych poprzez nadanie każdemu jednostkowemu świadczeniu niepowtarzalnego numeru uzyskanego z karty ubezpieczenia, zwanego „numerem autoryzacji”.
3. Karta ubezpieczenia zawiera nazwę kasy chorych oraz następujące dane osobowe ubezpieczonego:
 - 1) imię (imiona) i nazwisko,
 - 2) numer PESEL,
 - 3) datę urodzenia.
4. Karta ubezpieczenia może zawierać także:
 - 1) adres zamieszkania,
 - 2) numer karty ubezpieczenia,
 - 3) zdjęcie ubezpieczonego,
 - 4) datę objęcia ubezpieczeniem,
 - 5) rodzaj uprawnień dodatkowych, o których mowa w art. 141a ust. 2 pkt 9.

art. 17 skreślony

5. W karcie ubezpieczenia, za zgodą ubezpieczonego, mogą być umieszczane dodatkowo informacje dotyczące jego stanu zdrowia.
6. Kartę ubezpieczenia otrzymuje osoba ubezpieczona po zgłoszeniu jej w kasie chorych, zgodnie z art. 16.
- 6a. Minister właściwy do spraw zdrowia tworzy centralną bazę osób ubezpieczonych, w szczególności w celu:
 - 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 2) kontroli wydanych kart ubezpieczenia,
 - 3) ustalenia danych o osobach ubezpieczonych w każdej kasie chorych niezbędnych do określenia wyrównania finansowego.
- 6b. W centralnej bazie osób ubezpieczonych przetwarzane są dane, o których mowa w ust. 3 i 4 pkt 1, 2, 4 i 5.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, formy i wzory oraz sposób zgłaszania wydanych kart ubezpieczenia do centralnej bazy ubezpieczonych, a także tryb jej wydawania i unieważniania.

Rozdział 3

Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 19.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi [7,75%] <9%> podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 20, 22a i 169g.

Art. 20.

1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego, z zastrzeżeniem ust. 2.
 2. Podstawą wymiaru składki dla rolnika prowadzącego działkę specjalnej produkcji rolnej jest ponadto deklarowana kwota odpowiadająca dochodowi ustalonemu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych.
 3. Podstawą wymiaru składki dla rolnika, o którym mowa w art. 8 pkt 20, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.
 4. Podstawą wymiaru składki dla domownika pracującego z rolnikiem w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.
 5. Składka rolnika na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje członków jego rodziny, jeżeli nie są oni domownikami w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników.
 6. Składka rolnika nie może przekroczyć wysokości kwoty składki naliczanej z 50 hektarów przeliczeniowych prowadzonego gospodarstwa rolnego.
- <7. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób wymienionych w art. 8 pkt 22 ustalana jest w wysokości wynikającej z art. 19 od podstawy wymiaru

dodany ust. 7 w art.
20 wchodzi w życie
1.01.2004 r. (Dz.U.
2001 r. Nr 88, poz.
961) i art. 19 w
zmianie w art. 19 w
zakresie dot.
1801, 2002 r. Nr 200,
wysokości składki
poz. 1689)
wchodzi w życie
1.01.2006 r. (Dz.U.
2001 r. Nr 88, poz.
961)

składki, jaką należałoby zgodnie z ust. 1 pobrać i odprowadzić za żołnierza zawodowego lub żołnierza odbywającego służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową.>

Art. 21.

1. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 8 pkt 1 lit. a), c)-h), stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 2b, 2c i 3a.
2. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 8 pkt 2-7, objętych ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 2b, 2c, 2d i 3a.
- 2a. Podstawę wymiaru składek dla osób, o których mowa w art. 8 pkt 2-7, nie objętych ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, stanowi kwota odpowiadająca uposażeniu tych osób.
- 2b. 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 (Dz.U. Nr 137, poz. 887).
- 2c. 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.
- 2d. Podstawę wymiaru składek dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej pełniących służbę kandydacką stanowi kwota odpowiadająca wysokości najniższego wynagrodzenia.
3. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla:
 - 1) osób wymienionych w art. 8 pkt 8 i 9 – jest kwota odpowiadająca wysokości ich uposażenia pomniejszona o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe potrąconych przez płatników ze środków ubezpieczonego, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - 2) osób wymienionych w art. 8 pkt 10 – jest kwota emerytury, renty z wyłączeniem dodatków, zasiłków, świadczeń pieniężnych i ryczałtu energetycznego, ekwiwalentu pieniężnego z tytułu prawa do bezpłatnego węgla oraz deputatu węglowego albo kwota uposażenia pobieranego w stanie spoczynku lub uposażenia rodzinnego, kwota uposażenia pobieranego po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężnego o takim samym charakterze,
 - 3) osób wymienionych w art. 8 pkt 11-12 – jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej,
- 3a) osób wymienionych w art. 8 pkt 13 - jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium pomniejszona o kwoty składek na ubezpieczenie

- emerytalne i rentowe, potrąconych przez płatnika ze środków ubezpieczonego, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych,
- 4) osób wymienionych w art. 8 pkt 14 – jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium,
 - 5) osób wymienionych w art. 8 pkt 15 – jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium, a w przypadku niepobierania przez bezrobotnego zasiłku lub stypendium – kwota odpowiadająca wysokości 40% zasiłku stałego z pomocy społecznej,
 - 6) osób wymienionych w art. 8 pkt 16 – jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, a w przypadku niepobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego - kwota odpowiadająca wysokości 40% zasiłku stałego z pomocy społecznej,
 - 7) osób wymienionych w art. 8 pkt 17 – jest kwota odpowiadająca wysokości renty socjalnej, zasiłku stałego, zasiłku stałego wyrównawczego lub gwarantowanego zasiłku okresowego z pomocy społecznej,
 - 8) osób wymienionych w art. 8 pkt 17a i 18 – jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej,
 - 9) osób wymienionych w art. 8 pkt 19 – jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku wychowawczego, a w przypadku niepobierania zasiłku - kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej,
 - 10) osób wymienionych w art. 8 pkt 19a - jest kwota odpowiadająca kwocie alimentów.
- 3a. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób wymienionych w art. 8 pkt 1 lit. f) oraz pkt 12a, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku od przychodów osób duchownych, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.
4. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, ich domowników oraz osób pobierających emeryturę lub rentę rolniczą, a także terminy i tryb ich opłacania, z uwzględnieniem okresu opłacania składek ustalonego w art. 25 ust. 5.

Art. 22.

1. Jeżeli spełnione są przesłanki do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia, o którym mowa w art. 8, z więcej niż jednego tytułu, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie, z zastrzeżeniem ust. 3-7.
2. Jeżeli ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego źródła w ramach takiego samego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia, o którym mowa w art. 8, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego ze źródeł przychodów.
3. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia, o którym mowa w art. 8, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innej podstawy do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia, gdy w każdym z tych tytułów składka jest finansowana z budżetu państwa, składka jest

opłacana wyłącznie z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia.

4. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana od dodatkowych przychodów z działalności pozarolniczej przez osoby, których świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty najniższego wynagrodzenia, w przypadku gdy osoby te:
 - 1) uzyskują dodatkowe przychody z tej działalności w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury,
 - 2) opłacają podatek dochodowy w formie karty podatkowej.
5. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osoby zaliczone do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności, od dodatkowych przychodów z prowadzonej przez te osoby działalności pozarolniczej, jeżeli osoby te:
 - 1) uzyskują przychody z tej działalności, w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury,
 - 2) opłacają podatek dochodowy w formie karty podatkowej.
6. Jeżeli działalność pozarolnicza stanowi jedyne źródło przychodu osób, o których mowa w ust. 5, składka opłacana jest w wysokości nieprzekraczającej kwoty należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych.
7. Osoba duchowna, która nie jest podatnikiem podatku ryczałtowego, a jedynym jej źródłem przychodu jest zatrudnienie, opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne wyłącznie z tytułu zatrudnienia.

Art. 22a.

1. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 24 ust. 1-8, zgodnie z przepisami art. 19-22, jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy, o której mowa w art. 30 ust. 1, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.
2. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:
 - 1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy, o której mowa w art. 30 ust. 1 pkt 1, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek,
 - 2) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 33 ustawy, o której mowa w art. 30 ust. 1 pkt 1, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 8 pkt 1,
 - 3) kwota stanowiąca równowartość ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy, przysługująca na podstawie odrębnych przepisów osobom, o których mowa w art. 18 ust. 12 ustawy wymienionej w art. 7 pkt 18,składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 19-22; w tym przypadku przepis ust. 1 nie ma zastosowania.
3. Płatnik składek przekazuje, w terminie, o którym mowa w art. 26 ust. 1, do właściwej kasy chorych zestawienie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych z uwzględnieniem obniżenia określonego w ust. 1, zawierające

informację o wysokości tych składek, jeżeli były ustalane zgodnie z przepisami niniejszego rozdziału.

4. Zestawienie, o którym mowa w ust. 3, powinno zawierać ponadto: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL oraz numer NIP ubezpieczonego, a w przypadku braku tych numerów - rodzaj i numer dowodu tożsamości, a także nazwę, adres siedziby, numer NIP oraz numer REGON płatnika składek.

Art. 23.

Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, z zastrzeżeniem art. 24 i 25.

Art. 24.

1. Za osobę pozostającą w stosunku pracy lub w stosunku służbowym składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza pracodawca, a w razie wypłaty świadczeń pracowniczych z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, o którym mowa w ustawie z dnia 29 grudnia 1993 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 1994 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 87, poz. 435, z 1996 r. Nr 5, poz. 34, z 1997 r. Nr 28, poz. 153 i Nr 123, poz. 776 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668); podmiot zobowiązany do wypłaty tych świadczeń.
- 1a. Za funkcjonariuszy, o których mowa w art. 21 ust. 2d, składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza szkoła Państwowej Straży Pożarnej.
2. Za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia lub umowy agencyjnej oraz za osobę z nią współpracującą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza zleceniodawca.
- 2a. Za osobę pobierającą świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia składkę, jako płatnik, oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza jednostka wypłacająca świadczenie lub zasiłek.
3. Za bezrobotnego pobierającego zasiłek lub stypendium, osobę pobierającą zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza właściwy urząd pracy.
4. Za członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz członków ich rodzin składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza spółdzielnia.
5. Za osobę pobierającą uposażenie posła lub senatora składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Kancelaria Sejmu lub Kancelaria Senatu.
6. Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty emerytury, renty, o której mowa w art. 21 ust. 3 pkt 2, i odprowadza Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, inna instytucja emerytalno-rentowa wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy.
- 6a. Za osobę pobierającą uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym

charakterze składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza wypłacający to uposażenie lub świadczenie.

7. Za osobę, o której mowa w art. 8 pkt 13, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
8. Za osobę, o której mowa w art. 8 pkt 14, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający stypendium.
9. Za osobę współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność składkę oblicza, odprowadza i finansuje ze środków własnych osoba prowadząca działalność.
10. Za osoby korzystające z urlopu wychowawczego składki na ubezpieczenie zdrowotne oblicza pracodawca, rolnicza spółdzielnia produkcyjna albo Zakład Ubezpieczeń Społecznych, jeżeli wypłaca zasiłek wychowawczy.

<11. Za osoby, o których mowa w art. 8 pkt 22, składkę opłaca organ [wojskowy] wypłacający uposażenie żołnierzowi zawodowemu lub żołnierzowi odbywającemu służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową.>

Art. 25.

1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) rolników, o których mowa w art. 8 pkt 1 lit. b) i pkt 20, oraz domowników, z wyjątkiem rolników prowadzących działy specjalne produkcji rolnej, opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6 oraz art. 16 ust. 9,
- 2) bezrobotnych nieposiadających prawa do zasiłku oraz osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn, o których mowa w art. 8 pkt 16, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, opłaca właściwy urząd pracy, **pkt 5b w ust. 1 w art. 25 skreślony**
- 3) osób korzystających z urlopu wychowawczego opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych,
- 4) osób pobierających rentę socjalną, zasiłek stały, zasiłek stały wyrównawczy lub gwarantowany zasiłek okresowy z pomocy społecznej opłaca jednostka pomocy społecznej przyznająca rentę lub zasiłek,
- 4a) osób, o których mowa w art. 8 pkt 17a, opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności,
- 5) dzieci, uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 8 pkt 11, przebywających w placówce pełniącej funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze lub w domu pomocy społecznej opłaca placówka lub dom, a uczniów i słuchaczy nie przebywających w takiej placówce, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, opłaca szkoła lub zakład kształcenia nauczycieli, do którego uczeń lub słuchacz uczęszcza, **dodany ust. 11 w art. 24 wchodzi w życie z dniem 1.01.2004 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 88, poz. 961 i Nr 154, poz. 1801, 2002 r. Nr 200, poz. 1689)**
- 5a) dzieci, o których mowa w art. 8 pkt 11a, opłaca ośrodek pomocy społecznej,
- 6) studentów i uczestników studiów doktoranckich, o których mowa w art. 8 pkt 12, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca

studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia, jeżeli nie podlegają one obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,

6a) osób, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 3, jeżeli zostały uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia, jeżeli nie podlegają one obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,

7) kombatanatów, o których mowa w art. 8 pkt 18, opłaca Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.

2. Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób wymienionych w ust. 1 **<oraz art. 8 pkt 22>**, 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 tej wojnie, otrzymujących dochody z tytułu emerytury lub renty, zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych, na podstawie odrębnych przepisów, są finansowane z budżetu państwa.

2a. Środki z budżetu państwa na składki wymienione w ust. 1 pkt 2 i 5 otrzymują jednostki samorządu terytorialnego jako dotacje celowe na zadania z zakresu administracji rządowej.

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

4. Na opłacenie składek, o których mowa w ust. 3, Fundusz Kościelny otrzymuje dotacje z budżetu państwa.

5. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 8 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.

6. Nieopłacenie składki ze względu na brak zgłoszenia uważa się za nieopłacenie składki przez obowiązane ubezpieczonego w rozumieniu art. 51 ust. 2. W razie późniejszego opłacenia zaległych składek wraz z odsetkami przez ubezpieczonego z własnych środków, w wysokości ustalonej na jego wniosek przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, ubezpieczony może ubiegać się o zwrot kosztów świadczeń zdrowotnych w trybie określonym w art. 51 ust. 4.

Art. 25a.

1. Płatnik, o którym mowa w art. 24 i art. 25 ust. 1, za terminowe naliczenie i odprowadzenie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz przekazanie związanych z tym informacji ma prawo do wynagrodzenia w wysokości 0,1% odprowadzonej kwoty składek.
2. Kwota należnego wynagrodzenia potrącana jest przez płatnika z kwoty pobranych składek.

dodane wyrazy w ust. 2 w art. 25 wchodzi w życie z dniem 1.01.2004 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 154, poz. 1801, 2002 r. Nr 200, poz. 1689)

<Art. 25b.

1. Na finansowanie świadczeń zdrowotnych dla żołnierzy zawodowych oraz żołnierzy odbywających nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową oraz składek zdrowotnych za niepodlegających ubezpieczeniu z innego tytułu członków rodzin tych żołnierzy przeznacza się corocznie środki z budżetu państwa w wysokości stanowiącej iloczyn planowanych wydatków na wynagrodzenia tych żołnierzy i wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne, ustalonej zgodnie z przepisami niniejszej ustawy.
2. Ustawa budżetowa ustala kwotę wydatków przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych dla żołnierzy zawodowych oraz żołnierzy odbywających nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową, z uwzględnieniem ust. 1.>

Art. 26.

1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 23-25, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie, na zasadach oraz w terminie przewidzianym dla składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli do tych osób i jednostek nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym - w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.
2. Od nie opłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobiera się odsetki za zwłokę na zasadzie i w wysokości określonych przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz.U. Nr 137, poz. 926 i Nr 160, poz. 1083 oraz z 1998 r. Nr 106, poz. 668).
3. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:
 - 1) osób wymienionych w art. 8 pkt 1 lit. a) i c)–h), w [pkt 2–19 i 21] <pkt 2-19a i 22> oraz w art. 9 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych,
 - 2) osób wymienionych w art. 8 pkt 1 lit. b) i pkt 10, w stosunku do osób pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, oraz w art. 8 pkt 20 i w art. 20 są opłacane i ewidencjonowane w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
 - 3) osób wymienionych w art. 8 w pkt 1 lit. a) i e) oraz w [pkt 2-7 i 10] <pkt 2-7, 10 i 22> mogą być opłacane i ewidencjonowane bezpośrednio w branżowej kasie chorych.
4. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu trzech dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz dokumentów umożliwiających rozdzielenie składek na poszczególne kasy chorych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do właściwej kasy chorych, z zastrzeżeniem art. 169c.
- 4a. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje do kas chorych pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne i należności pochodne od składek niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich wpływu na rachunek, o którym mowa w ust. 1a.

zmiany w pkt 1 i 3 w
ust. 3 w art. 26
wchodzą w życie
1.01.2004 r. (Dz.U.
2001 r. Nr 88, poz.
961 i Nr 154, poz.
1801, 2002 r. Nr 200,
poz. 1689)

dodany art. 25b
wchodzi w życie z
dniem 1.01.2004 r.
(Dz.U. z 2001 r. Nr
154, poz. 1801, 2002
r. Nr 200, poz. 1689)

ust. 6 w art. 26
skreślony

- 4b. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje do kas chorych i ministra właściwego do spraw zdrowia informacje o ubezpieczonych, o których mowa w art. 141a ust. 2 pkt 1-6, i przekazanych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne i odsetkach za zwłokę, nie później niż w ciągu 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających rozdzielenie składek na poszczególnych ubezpieczonych.
- 4c. Minister właściwy do spraw pracy w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres oraz sposób przekazywania kasom chorych, przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek.
5. Kasa chorych jest uprawniona do nieodpłatnego dostępu do informacji o ubezpieczonym i opłacanej przez niego składce, w zakresie niezbędnym do realizacji ubezpieczenia zdrowotnego, znajdujących się w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
- 5a. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje kasom chorych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje, o których mowa w art. 141a ust. 2 pkt 1-6, po przeprowadzeniu ich weryfikacji, polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL oraz na naniesieniu niezbędnych korekt w przypadku ich niezgodności.
- 5b. Rada Ministrów, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, określi, w drodze rozporządzenia, terminy, zakres i tryb weryfikacji informacji o ubezpieczonych, o której mowa w ust. 5a, oraz sposób postępowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w razie stwierdzenia ich niezgodności.

Art. 26a.

Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w wysokości 0,25% oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,2% kwoty tej części składek przekazanych do kas chorych, które przypisane są do konkretnego ubezpieczonego.

Art. 26b.

Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny tryb określania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, sposób zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, ze względu na zasady obronności lub bezpieczeństwa państwa, zgodnie z art. 24 ust. 1.

Art. 27.

Od kwoty nie przekazanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami kasa chorych pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych przepisami wydanymi na podstawie ustawy – Ordynacja podatkowa.

Art. 28.

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

ust. 2 w art. 30
skreślony

Art. 29.

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

Art. 30.

1. Kwota składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 7,75% podstawy wymiaru podlega odliczeniu:
 - 1) od podatku dochodowego od osób fizycznych – na zasadach określonych w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324 oraz z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764 i Nr 74, poz. 784),
 - 2) od zryczałtowanego podatku dochodowego z tytułu dochodów osiąganych przez osoby fizyczne prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą oraz przez osoby duchowne - na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. Nr 144, poz. 930, z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324 oraz z 2001 r. Nr 74, poz. 784).
3. Odliczenia, o których mowa w ust. 1, nie mogą spowodować zmniejszenia dochodów jednostek samorządu terytorialnego.

Rozdział 4**Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego****Art. 31.**

1. Osobom ubezpieczonym przysługują, na zasadach określonych w ustawie, świadczenia zdrowotne mające na celu:
 - 1) zachowanie zdrowia oraz zapobieganie chorobom i urazom,

- 2) wczesne wykrywanie chorób,
 - 3) leczenie,
 - 4) zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.
2. W celu realizacji uprawnień określonych w ust. 1 kasa chorych zapewnia ubezpieczonemu w szczególności :
- 1) badanie i poradę lekarską,
 - 2) badanie diagnostyczne,
 - 3) leczenie (ambulatoryjne, w domu chorego, szpitalne oraz w ramach pomocy doraźnej),
 - 4) rehabilitację leczniczą,
 - 5) świadczenie pielęgniarstwa,
 - 6) opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu i karmienia piersią niemowląt, opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia,
 - 7) opiekę profilaktyczną,
 - 8) zaopatrzenie w leki i materiały medyczne,
 - 9) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz lecznicze środki techniczne,
 - 10) orzekanie o stanie zdrowia,
 - 11) opiekę paliatywno–hospicyjną,
 - 12) świadczenia w środowisku nauczania i wychowania.

Art. 31a.

1. Ubezpieczonemu w kasie chorych nie przysługują:

- 1) świadczenia, których sposób finansowania określają odrębne przepisy, w tym świadczenia służby medycyny pracy,
- 2) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie ubezpieczonego, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, w tym w placówkach, o których mowa w art. 8 pkt 11, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego,
- 3) świadczenia zdrowotne w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych, nie związane z bezpośrednią przyczyną skierowania ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe,
- 4) świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii, inne niż określone w art. 31e,
- 5) szczepienia ochronne inne niż wynikające z odrębnych przepisów, z zastrzeżeniem ust. 1a,
- 6) świadczenia ponadstandardowe, których wykaz określi, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii

Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; świadczenia te ubezpieczony finansuje ze środków własnych,

7) świadczenia zdrowotne, leki i lecznicze środki techniczne finansowane z budżetu państwa.

- 1a. Szczepionki stosowane przy wykonywaniu szczepień ochronnych, o których mowa w ust. 1 pkt 5, finansowane są z budżetu państwa. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób nabywania szczepionek w celu wykonywania szczepień ochronnych, z zachowaniem zasad celowości i gospodarności.
2. Kasy chorych nie finansują kosztów leczenia ubezpieczonego poza granicami kraju, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej. Minister właściwy do spraw zdrowia może skierować ubezpieczonego do przeprowadzenia za granicą leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju. Koszty tych świadczeń oraz koszty transportu ubezpieczonego za granicę i transportu do kraju są finansowane z budżetu państwa.
3. Ubezpieczony skierowany do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego ponosi odpłatność za pobyt i wyżywienie, ustaloną na podstawie odrębnych przepisów.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady i tryb kierowania ubezpieczonych na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, a także sposób pokrywania kosztów tych świadczeń oraz kosztów transportu ubezpieczonego za granicę i transportu do kraju.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) wykaz świadczeń zdrowotnych, leków i leczniczych środków technicznych, o których mowa w ust. 1 pkt 7, uwzględniając:
 - a) szczególnie wysokie koszty,
 - b) wymagania dotyczące szczególnych kwalifikacji personelu,
 - c) konieczność użycia specjalistycznej aparatury lub technologii medycznej,
 - 2) tryb nabywania oraz przekazywania świadczeniodawcom leków i leczniczych środków technicznych w drodze ich zamówienia wspólnego oraz tryb przekazywania środków publicznych na zakup leków i leczniczych środków technicznych.

Art. 31b.

1. Kasa chorych realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób poprzez:
 - 1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie,
 - 2) zapewnienie ubezpieczonym profilaktycznych badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób układu krążenia, chorób nowotworowych oraz innych chorób,

- 3) prowadzenie badań profilaktycznych, w tym promocji zdrowia oraz profilaktyki stomatologicznej dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia,
 - 4) prowadzenie badań profilaktycznych, w tym profilaktyki stomatologicznej u kobiet w ciąży,
 - 5) wykonywanie szczepień ochronnych,
 - 6) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej u dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia, uprawiających sport amatorski.
2. Kasa chorych realizuje świadczenia, o których mowa w ust. 1, w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych lub programów polityki zdrowotnej:
- 1) zlecanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia i finansowanych z budżetu państwa,
 - 2) podejmowanych i finansowanych przez kasy chorych ze środków własnych,
 - 3) finansowanych z innych źródeł.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, uwzględniając szczególną rolę profilaktyki, w tym promocji zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, w odniesieniu do świadczeń, o których mowa w ust. 1, zakres świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych wraz z okresami, w których te badania są przeprowadzane.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw sportu określi, w drodze rozporządzenia, zasady kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakres koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwość w stosunku do dzieci i młodzieży, o których mowa w ust. 1 pkt 6.

Art. 31c.

**ust. 3 w art. 31c
skreślony**

1. Ubezpieczony ma prawo do leczenia szpitalnego na podstawie skierowania lekarza lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, z zastrzeżeniem art. 58 ust. 3.
2. Ubezpieczony ma prawo do wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę z kasą chorych.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, krajową sieć szpitali i oddziałów ustalając ich poziom referencyjny w zależności od rodzaju udzielanych przez te szpitale świadczeń zdrowotnych.

Art. 31d.

1. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń rehabilitacji leczniczej w celu zapobieżenia niepełnosprawności, jej usunięcia, ograniczenia lub złagodzenia jej skutków.
2. Kasa chorych zapewnia ubezpieczonemu niezbędne świadczenia rehabilitacyjne w zakładzie rehabilitacji leczniczej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Koszty wyżywienia i zakwaterowania w zakładzie rehabilitacji leczniczej pokrywane są na zasadach określonych dla zakładów opiekuńczo-leczniczych w odrębnych przepisach.

Art. 31e.

1. Ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 1a.
- 1a. Dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu mają prawo do bezpłatnych dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz materiałów stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń. **art. 32-34 skreślone**
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, nie rzadziej niż raz na dwa lata, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi wykaz podstawowych świadczeń lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz dodatkowych świadczeń stomatologicznych i materiałów stomatologicznych oraz rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń, uwzględniając szczególne potrzeby zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1a.

Art. 31f.

1. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym analityki medycznej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz badań diagnostycznych niezbędnych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w działalności podstawowej oraz przy udzielaniu specjalistycznych świadczeń zdrowotnych.

Art. 31g.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, zakres świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego udzielanych mieszkańcom domów pomocy społecznej oraz placówek opiekuńczo-wychowawczych na terenie tych domów i placówek, a także warunki dostępu do tych świadczeń.

Art. 35.

1. Zaopatrzenie w leki i materiały medyczne przysługuje ubezpieczonemu na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Zaopatrzenie w leki i materiały medyczne przysługuje ubezpieczonemu także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z kasą chorych umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.
3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera.

Art. 36.

Leki i materiały medyczne niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych wydaje się bezpłatnie ubezpieczonemu przyjętym do szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, przeznaczonych dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy doraźnej.

Art. 37.

1. Leki podstawowe, leki uzupełniające i leki recepturowe są wydawane ubezpieczonemu na podstawie recepty w aptekach ogólnodostępnych lub aptekach zakładowych podległych Ministrowi Obrony Narodowej oraz ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych:
 - 1) po wniesieniu opłaty ryczałtowej - za leki podstawowe i recepturowe,
 - 2) za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ceny leku - za leki uzupełniające.
2. Jeżeli cena leku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest niższa od opłaty ryczałtowej, opłata ta równa jest cenie leku.
3. Opłata ryczałtowa oraz częściowa odpłatność dotyczą jednostkowego opakowania leku określonego w wykazach, o których mowa w ust. 5 pkt 1.
4. Opłata ryczałtowa nie może przekraczać 0,5% najniższego wynagrodzenia w przypadku leku podstawowego oraz 1,5% najniższego wynagrodzenia w przypadku leku recepturowego.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii kas chorych, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Aptekarskiej określa, w drodze rozporządzenia:
 - 1) wykazy leków podstawowych i uzupełniających,
 - 1a) wykaz leków, które mogą być traktowane jak surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych,
 - 2) wysokość opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe,
 - 3) wysokość odpłatności za leki uzupełniające,
 - 4) ilość leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposób obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego.
6. Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 5, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje, uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność leków oraz bezpieczeństwo ich stosowania, a także możliwości płatnicze systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
7. Wykazy leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w ust. 5 pkt 1, aktualizowane są co najmniej raz w roku.
8. Po wniesieniu opłaty ryczałtowej, określonej dla leków podstawowych, mogą być wydawane ubezpieczonemu z apteki ogólnodostępnej, również leki i materiały medyczne nie wpisane w Rzeczypospolitej Polskiej do Rejestru

Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych, sprowadzane z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 126, poz. 1381) pod warunkiem, że konieczność sprowadzenia z zagranicy potwierdzona została przez zarząd kasy chorych lub osobę upoważnioną przez zarząd kasy do której należy ubezpieczony, zgodnie z odrębnymi przepisami.

Art. 37a.

1. Ubezpieczonym w wieku powyżej 65 roku życia wydaje się, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza, o którym mowa w art. 35, leki podstawowe, z zastrzeżeniem ust. 2-4.
2. Leki, o których mowa w ust. 1, są wydawane po wniesieniu opłaty za opakowanie jednostkowe w wysokości 1 zł.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określa co najmniej raz w roku, w drodze rozporządzenia wykaz leków, o których mowa w ust. 1, uwzględniając możliwości finansowe systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz konieczność zapewnienia dostępności do leków.
4. Wykazem leków, o którym mowa w ust. 3, mogą być objęte jedynie leki ujęte w wykazie leków podstawowych, o którym mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1, oraz ujęte w wykazie leków przepisywanych za opłatą ryczałtową, o którym mowa w art. 39 ust. 2.
5. Przepisy art. 38 ust. 1 i 6 oraz art. 44 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

**ust. 2 w art. 38
skreślony**

Art. 38.

1. Wprowadza się limity cen dla leków zawartych w wykazach, o których mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1, posiadających tę samą nazwę międzynarodową albo różne nazwy międzynarodowe, ale o podobnym działaniu terapeutycznym.
3. Apteka może wydać lek umieszczony w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, którego cena przekracza limit ceny, pobierając dodatkową dopłatę w wysokości różnicy między ceną wydawanego leku a wysokością limitu ceny.
4. Jeżeli w wykazach, o których mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1, zamieszczono nazwę międzynarodową leku, apteka może wydać, na zasadach określonych w art. 37 ust. 1, również inny lek dopuszczony do obrotu, nie zamieszczony w tych wykazach, a objęty tą samą nazwą międzynarodową, pod warunkiem że jego cena nie jest wyższa od limitu ceny, a jeżeli limit nie został ustalony - od ceny leku zamieszczonego w wykazach.
5. Apteka ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia leku o tej samej nazwie międzynarodowej, którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty, wskazującej na niemożność dokonywania zamiany przepisanego leku.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej ustala, w drodze rozporządzenia, limity cen leków posiadających tę samą nazwę międzynarodową oraz leków o

różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, a wymienionych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określa, w drodze rozporządzenia, kryteria kwalifikacji leków o różnych nazwach między narodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, do grupy objętej wspólnym limitem ceny.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia może, po zasięgnięciu opinii kas chorych, w drodze rozporządzenia, ustalić limity cen materiałów medycznych, o których mowa w art. 39 ust. 1.

Art. 39.

1. Osobom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte, leki i materiały medyczne mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii kas chorych, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) wykaz chorób, o których mowa w ust. 1,
 - 2) wykaz leków i materiałów medycznych, które ze względu na choroby określone w wykazie, o którym mowa w pkt 1, mogą być przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością, uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność leków oraz bezpieczeństwo ich stosowania, a także możliwości płatnicze systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Przepisy art. 38 ust. 4, 6 i 7 stosuje się odpowiednio.

Art. 39a.

1. Producent lub importer leków i materiałów medycznych, zwany dalej „wnioskodawcą”, może składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o ich umieszczenie w wykazach, o których mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1 i art. 39 ust. 2 pkt 2.
2. Wnioski, o których mowa w ust. 1, powinny zawierać w szczególności:
 - 1) oznaczenie wnioskodawcy, jego siedzibę i adres,
 - 2) nazwę i proponowaną cenę leku lub materiału medycznego,
 - 3) wielkość realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku i deklarowanych w okresie późniejszym,
 - 4) dzienny koszt terapii oraz średni koszt standardowej terapii,
 - 5) uzasadnienie wniosku i proponowanej ceny.
3. Wnioski, o których mowa w ust. 1, rozpatruje Zespół do Spraw Gospodarki Lekami, działający na podstawie art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz.U. Nr 97, poz. 1050), zwany dalej „Zespołem”.

4. W przypadku nieuwzględnienia wniosku Zespół informuje wnioskodawcę, wskazując uzasadnienie zajętogo stanowiska. Wnioskodawca może, w terminie 14 dni od dnia otrzymania tego stanowiska, zwrócić się do ministra właściwego do spraw zdrowia o ponowne rozpatrzenie wniosku.
5. Do postępowania, o którym mowa w ust. 4, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 39b.

Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy zakres informacji zawartych we wnioskach, o których mowa w art. 39a ust. 1,
- 2) sposób składania oraz tryb i terminy rozpatrywania wniosków, o których mowa w art. 39a ust. 1, uwzględniając w szczególności, że rozpatrywanie wniosku nie powinno trwać dłużej niż 90 dni, licząc od dnia jego złożenia, z tym że w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do umieszczenia danego środka farmaceutycznego i materiału medycznego we właściwym wykazie termin ten liczy się od dnia otrzymania uzupełnienia, oraz że w przypadku gdy procedura umieszczenia środka farmaceutycznego i materiału medycznego na wykazach, o których mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1 i art. 39 ust. 2 pkt 2, występuje łącznie z rozpatrywaniem informacji lub wniosku o ustalenie ceny urzędowej, łączny termin nie może przekroczyć 180 dni, licząc od dnia otrzymania kompletnych informacji.

Art. 43.

1. Ubezpieczonym będącym zasłużonymi honorowymi dawcami krwi przysługuje na podstawie wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz leków, które zasłużony honorowy dawca krwi może stosować w związku z oddaniem krwi dla celów leczniczo-zapobiegawczych.

Art. 44.

art. 40-42 skreślone

1. Bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych, uzupełniających, przysługuje:
 - 1) inwalidom wojskowym,
 - 2) osobom, które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 1983 r. Nr 13, poz. 68, z 1990 r. Nr 34, poz. 198 i Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1992 r. Nr 21, poz. 84, z 1993 r. Nr 129, poz. 602, z 1994 r. Nr 10, poz. 37, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 138, poz. 681 oraz z 1996 r. Nr 136, poz. 636) i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów,
 - 3) osobom wymienionym w art. 42 i 59 ustawy, o której mowa w pkt 2.

2. Bezpłatne zaopatrzenie w leki po przedłożeniu recepty oraz leki dopuszczone do wydawania bez recepty w ilości jednego opakowania, ujęte w Rejestrze Środków Farmaceutycznych i Materiałów Medycznych, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 10 października 1991 r. o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej (Dz.U. Nr 105, poz. 452, z 1993 r. Nr 16, poz. 68 i Nr 47, poz. 211, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152, Nr 43, poz. 272, Nr 60, poz. 369, Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 770, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 70, poz. 778 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 50, poz. 599, Nr 96, poz. 1056 i Nr 120, poz. 1268), dopuszczone do obrotu w Polsce, oznaczone symbolami <<Rp>> i <<Rp•>> przysługuje inwalidom wojennym, ich współmałżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnionym do renty rodzinnej.
3. Osoby uprawnione, o których mowa w ust. 1 i 2, są obowiązane okazać lekarzowi lub felczerowi wystawiającemu receptę dokument potwierdzający przysługujące uprawnienie. Osoba realizująca recepty obowiązana jest okazać dokument osoby uprawnionej potwierdzający jej uprawnienie.
4. Recepty dla osób uprawnionych, o których mowa w ust. 1 i 2, są wystawiane w dwóch egzemplarzach, które są przekazywane do apteki.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wzór recepty, o której mowa w ust. 4, rodzaj i numer dokumentu uprawniającego, sposób zaopatrywania, przechowywania i rozliczania recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji.

Art. 44a.

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

Art. 45.

Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określa, w drodze rozporządzenia, wzór recept uprawniających do nabycia leku, materiału medycznego, preparatu diagnostycznego oraz sprzętu jednorazowego użytku, za opłatą ryczałtową, częściową odpłatnością lub bezpłatnie, sposób zaopatrywania w druki recept, ich przechowywania, sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji.

Art. 46.

Osobie, która znajduje się w trudnej sytuacji bytowej i ponosi znaczne wydatki na zakup leków i materiałów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, może być przyznana pomoc finansowa na zasadach określonych w przepisach o pomocy społecznej.

Art. 47.

1. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne przysługuje ubezpieczonemu na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie.
2. Inwalidom wojennym i wojskowym przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii kas chorych, może wprowadzić, w drodze rozporządzenia, limit cen dla przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach – w zakresie którego kasa chorych finansuje to świadczenie, oraz limit cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych.
4. Bezpłatne zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne, o których mowa w ust. 2, przysługuje do wysokości limitu ceny, o którym mowa w ust. 3.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i kas chorych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy wykaz przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych, wysokość udziału własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, podstawowe kryteria ich przyznawania, okresy użytkowania, a także przedmioty ortopedyczne podlegające naprawie.
6. Udział kasy chorych nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% limitu określonego dla przedmiotu ortopedycznego, środka pomocniczego lub leczniczego środka technicznego lub ceny rzeczywistej przedmiotu ortopedycznego, środka pomocniczego lub leczniczego środka technicznego, jeżeli limit ceny nie został ustalony.
7. Limit ceny określony dla naprawy przedmiotu ortopedycznego może być wykorzystany przez ubezpieczonego w okresie używalności ustalonym dla danego przedmiotu ortopedycznego.
8. Kasa chorych może osobie ubezpieczonej wypożyczać nieodpłatnie, po wniesieniu kaucji, niezbędne przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze na warunkach określonych w statucie kasy.

Art. 48.

1. Leczenie uzdrowiskowe przysługuje ubezpieczonemu na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, wymaga potwierdzenia przez kasę chorych.
3. Ubezpieczony ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego oraz częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym, z zastrzeżeniem ust. 4. Kasa chorych pokrywa, do wysokości określonej w umowie z sanatorium uzdrowiskowym, różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego oraz koszty, o których mowa w ust. 4.

4. Ubezpieczony, wymieniony w art. 7 pkt 21 lit. a) i pkt 21a, nie ponosi odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w prewentorium i sanatorium uzdrowiskowym.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i warunki wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz szczegółowe zasady potwierdzania tego skierowania przez kasę chorych. **art. 49 skreślony**
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość częściowej odpłatności ubezpieczonego za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym, uwzględniając sezonowość i standard usług.

Art. 50.

1. Ubezpieczonemu na podstawie zlecenia lekarza lub felczera przysługują bezpłatne przejazdy środkiem transportu sanitarnego w przypadkach:
 - 1) przewozu osób wymagających natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej,
 - 2) przewozów wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia w przypadkach schorzeń zagrażających zdrowiu lub życiu.
2. Ubezpieczonemu, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadku przewozu osób z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia do najbliższego zakładu udzielającego świadczeń w tym zakresie i z powrotem.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz jednostek chorobowych, kryteria i szczegółowe zasady ustalania stopnia niesprawności oraz wysokość udziału własnego ubezpieczonego w przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2.

Art. 51.

1. Ubezpieczony ubiegający się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązany przedstawić kartę ubezpieczenia. W przypadku:
 - 1) nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia,
 - 2) stanu zagrożenia życia,
 - 3) porodukarta może zostać przedstawiona w terminie późniejszym, nie dłuższym niż 30 dni, na zasadach określonych w statucie kasy chorych.
2. W razie nieprzedstawienia karty ubezpieczenia lub w przypadku, gdy ubezpieczony nie opłacił składki na ubezpieczenie zdrowotne przez okres dłuższy niż 30 dni, świadczenie zostaje udzielone na koszt ubezpieczonego, z wyjątkiem nagłych zachorowań związanych z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanów zagrożenia życia lub porodu.
3. W razie nieodprowadzenia składki za ubezpieczonego przez zobowiązanego płatnika, przez okres dłuższy niż 30 dni, kasa chorych obciąża tego płatnika kosztami świadczenia udzielonego ubezpieczonemu.

4. W przypadku późniejszego przedstawienia karty ubezpieczenia lub opłacenia zaległych składek wraz z odsetkami płatnik może ubiegać się o zwolnienie z kosztów lub zwrot kosztów, o których mowa w ust. 2.
5. Roszczenia, o których mowa w ust. 3, ulegają przedawnieniu z upływem 12 miesięcy od dnia, w którym roszczenia stały się wymagalne.
6. Przepisów ust. 1–3 nie stosuje się do dzieci od dnia urodzenia do ukończenia 3 miesiąca życia.

Rozdział 5

Organizacja udzielania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 53.

1. Kasy chorych zawierają umowy o udzielanie świadczeń ze świadczeniodawcami posiadającymi uprawnienia do udzielania świadczeń na podstawie odrębnych przepisów. Umowy są jawne. Kasa chorych realizuje zasadę jawności umów, zamieszczając po zakończeniu konkursu ofert na swojej stronie internetowej informacje o zawartych umowach, podając rodzaj, liczbę i cenę zakupionych świadczeń oraz maksymalną kwotę zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy wynikającą z każdej umowy.
2. Kasa chorych, po zasięgnięciu opinii przedstawicieli właściwych terytorialnie organów samorządów medycznych oraz organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej, określa zasady dostępności i sposoby rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych.
- 2a. Określenie warunków, o których mowa w ust. 2, powinno nastąpić nie później niż na 2 miesiące przed przeprowadzeniem konkursu ofert przez kasę chorych.
3. Kasa chorych przy zawieraniu umów jest obowiązana do przestrzegania:
 - 1) zasady zrównoważenia kosztów z przychodami,
 - 2) zasady, że suma kwot zobowiązań kasy chorych wobec świadczeniodawców ze wszystkich zawartych umów musi się mieścić w planie finansowym kasy chorych.
4. Umowy między kasą chorych a świadczeniodawcami powinny określać w szczególności:
 - 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń,
 - 2) warunki i zasady udzielania świadczeń,
 - 3) zasady rozliczeń ze świadczeniodawcami,
 - 4) maksymalną kwotę zobowiązania kasy chorych wobec świadczeniodawcy,
 - 5) zasady kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń oraz realizacji umów,
 - 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych, zażaleń, przeprowadzania i udokumentowania postępowania kontrolnego oraz wydawania wniosków pokontrolnych,
 - 7) zasady prowadzenia dokumentacji przez świadczeniodawców na potrzeby realizacji ubezpieczenia zdrowotnego i jej udostępniania kasie chorych.

art. 52 skreślony

Art. 53a.

Finanse kas chorych są jawne.

Art. 54.

1. Zawieranie przez kasy chorych umów o udzielanie świadczeń odbywa się po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, w uzgodnieniu z Naczelną Radą Lekarską, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określi, w drodze rozporządzenia, wymogi, jakie musi spełnić świadczeniodawca, przystępując do konkursu, tryb składania ofert, sposób przeprowadzenia konkursu oraz zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów związanych z tymi czynnościami.
3. Podczas prowadzenia konkursu ofert kasa chorych sporządza protokół zawierający:
 - 1) opis przedmiotu konkursu,
 - 2) nazwisko lub nazwę oraz adresy świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy,
 - 3) informacje o spełnieniu warunków wymaganych od świadczeniodawców,
 - 4) cenę oraz inne istotne elementy każdej z ofert,
 - 5) streszczenie oceny i porównania złożonych ofert,
 - 6) uzasadnienie odrzucenia wszystkich ofert, jeżeli takie nastąpiło,
 - 7) powody ograniczenia konkursu do niektórych świadczeniodawców, jeżeli takie nastąpiło,
 - 8) powody przeprowadzenia wstępnej kwalifikacji świadczeniodawców,
 - 9) informacje o wniesionych skargach,
 - 10) informacje dotyczące zawieszenia postępowania,
 - 11) informacje o powołaniu rzeczoznawców,
 - 12) wskazanie wybranych ofert wraz z uzasadnieniem wyboru.
4. Protokół jest jawny, z tym że części protokołu określone w ust. 3 pkt 3-6 i 11 mogą być udostępnione po dokonaniu wyboru ofert lub po zakończeniu postępowania, jeżeli nie doszło do wyboru oferty, świadczeniodawcom, którzy ubiegają się o zawarcie umowy.
5. Porównanie ofert obejmuje co najmniej ocenę poziomu:
 - 1) kompleksowości oferowanych świadczeń obejmującej ich zakres merytoryczny oraz stopień zapewnienia ubezpieczonemu ciągłości opieki, w szczególności diagnostyki i terapii,
 - 2) bezpieczeństwa z uwzględnieniem możliwości zapewnienia prawidłowego postępowania w przypadku wystąpienia powikłań lub innych zdarzeń niekorzystnych,
 - 3) jakości funkcjonowania świadczeniodawcy w oparciu o wewnętrzną, krytyczną ocenę stosowanego postępowania i uzyskiwanych wyników oraz zewnętrzną ocenę dokonywaną przez niezależny podmiot i potwierdzoną certyfikatem jakości, akredytacji,

- 4) jawności kryteriów stosowanych przy kwalifikowaniu ubezpieczonych do procedur o ograniczonej dostępności z uwagi na ich liczbę lub czas oczekiwania.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia:

- 1) wzór protokołu z konkursu ofert,
- 2) dodatkowe wymagania, którym musi odpowiadać protokół konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 54a.

Przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Art. 54b.

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

Art. 55a.

1. Wojewoda, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych i organów samorządów szczebla powiatowego, w porozumieniu z kasami chorych działającymi na obszarze województwa, jest zobowiązany do opracowania i aktualizacji planu minimalnego zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

1a. Wojewoda ogłasza do dnia 31 grudnia każdego roku obowiązujący na następny rok plan, o którym mowa w ust. 1.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zasady i warunki, jakim powinien odpowiadać minimalny plan zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, uwzględniając zapewnienie ubezpieczonym całodobowego dostępu do świadczeń lekarskich i pielęgniarских oraz niezbędną dla tego celu liczbę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej lub rodzinnych, lekarzy specjalistów, pielęgniarek i położnych i innych świadczeniodawców.

dodane wyrazy w art. 57 wchodzi w życie 1.01.2004 r. (Dz.U. 2001 r. Nr 88, poz. 961 i Nr 154, poz. 1801, 2002 r. Nr 200, poz. 1689)

art. 55 skreślony

Art. 56.

1. Kasa chorych nie może zawierać umowy o udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z lekarzem, jeżeli udziela on świadczeń w zakładzie opieki zdrowotnej, który zawarł umowę z kasą chorych.
2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do innego świadczeniodawcy wykonującego zawód medyczny lub psychologa.

Art. 57.

Kasy chorych zawierają umowy ze szpitalami będącymi samodzielnymi publicznymi lub niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej <, a także niemającymi statusu samodzielności publicznymi zakładami opieki zdrowotnej funkcjonującymi w formie zakładów budżetowych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej> w celu zapewniania ubezpieczonym leczenia szpitalnego.

Art. 58.

1. Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej są udzielane ubezpieczonemu na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem świadczeń:
 - 1) ginekologa i położnika,
 - 2) stomatologa,
 - 3) dermatologa i wenerologa,
 - 4) onkologa,
 - 5) psychiatry,
 - 6) okulisty,
 - 7) w zakresie leczenia odwykowego dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych,
 - 8) dla osób zakażonych wirusem HIV,
 - 9) dla osób chorych na gruźlicę,
 - 10) dla inwalidów wojennych.
- 1a. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje całość specjalistycznych świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem schorzenia, które było podstawą jego wystawienia.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, związane z wypadkiem, zatruciem, urazem, stanem zagrożenia życia lub porodem udzielane są bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Świadczenia zdrowotne szpitali są udzielane bez skierowania w razie wypadków, zatruc, urazów, porodu, stanów zagrożenia życia oraz w razie wydania na podstawie odrębnych przepisów decyzji o przymusowej hospitalizacji.
4. Na podstawie skierowania:
 - 1) lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego - udzielane są ubezpieczonemu świadczenia z zakresu diagnostyki oraz zabiegi ambulatoryjne,
 - 2) lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - udzielane są ubezpieczonemu świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz świadczenia innych niż lekarze świadczeniodawców.
5. Świadczenie zdrowotne udzielone ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli to skierowanie jest wymagane, opłaca ubezpieczony.

Art. 59.

1. Leki i materiały medyczne są wydawane ubezpieczonym przez aptekę na zasadach określonych w ustawie.
2. Apteka ma obowiązek w szczególności:
 - 1) zapewniać dostępność leków i materiałów medycznych objętych wykazami leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 37 ust. 5 pkt 1, oraz leków, artykułów sanitarnych, preparatów diagnostycznych, a także sprzętu jednorazowego użytku, o których mowa w art. 39,
 - 2) udostępniać do kontroli przez kasę chorych lub na jej zlecenie przez organy nadzoru farmaceutycznego dokumentację, którą apteka jest obowiązana prowadzić na podstawie odrębnych przepisów,
 - 3) przekazywać kasie chorych informacje zawarte w treści poszczególnych zrealizowanych recept na refundowane leki i materiały medyczne.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, tryb i sposób przekazywania oraz zakres danych, o których mowa w ust. 2 pkt 3.

Art. 59a.

1. Apteka otrzymuje refundację ceny leku lub materiału medycznego wydawanego ubezpieczonemu bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością.
2. Refundacja, o której mowa w ust. 1, nie może przekraczać ustalonego limitu cen, z zastrzeżeniem art. 44 ust. 2, i dokonywana jest przez kasę chorych na zasadach, o których mowa w ust. 3–5.
3. Kasa chorych w porozumieniu z Okręgową Izbą Aptekarską ustala:
 - 1) terminy przedstawiania przez apteki kasie chorych zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji,
 - 2) terminy zwrotu aptekom należności z tytułu refundacji, po przedłożeniu zestawienia recept, o którym mowa w pkt 1,
 - 3) tryb udostępniania kasie chorych do kontroli recept zrealizowanych przez ubezpieczonych i związanych z tym informacji,
 - 4) wysokość odsetek należnych aptekom w razie nieterminowej refundacji ceny, o której mowa w ust. 1.
4. Uzgodnienia te obowiązują kasę chorych oraz wszystkie apteki na terenie działania danej kasy chorych oraz danej Okręgowej Izby Aptekarskiej.
5. W przypadku niezgodnienia terminów, o których mowa w ust. 3 pkt 1 i 2, terminy te nie mogą przekroczyć 15 dni.
6. Kasa chorych dokonuje zwrotu należności z tytułu refundacji w terminie, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 lub ust. 5.
7. W przypadku przekroczenia przez kasę chorych terminu, o którym mowa w ust. 5, aptece przysługują odsetki w wysokości określonej zgodnie z ust. 3 pkt 4.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia, wzór zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji.

Art. 59b.

W przypadku nieprzekazania lub przekazania niezgodnie z ustawą danych, o których mowa w art. 59 ust. 3, art. 59a ust. 8 i art. 141e ust. 1 pkt 3, terminy, o których mowa w art. 59a ust. 3 pkt 2 i ust. 5, mogą zostać przedłużone do czasu przekazania przez aptekę danych zgodnie z ustawą.

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

- 1) wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza stomatologa spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego posiadających umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z kasą chorych, do której należy ubezpieczony, z zastrzeżeniem ust. 2,
- 2) wyboru lekarza specjalisty spośród lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego posiadających umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z kasą chorych, do której należy ubezpieczony, z zastrzeżeniem art. 58 ust. 1 i 5,
- 3) wyboru szpitala na zasadach określonych w art. 31c oraz 58 ust. 3,
- 4) wyboru pielęgniarki, położnej i innych świadczeniodawców związanych umową z kasą chorych, z zastrzeżeniem art. 58 ust. 5,
- 5) wyboru kasy chorych,
- 6) pokrycia przez kasę chorych, której ubezpieczony jest członkiem, wydatków poniesionych w związku z uzyskaniem świadczeń w razie nagłego zachorowania, wypadku, urazu i zatrucia lub potrzeby natychmiastowego leczenia szpitalnego, udzielanych przez świadczeniodawców nie związanych umową z żadną kasą chorych – do wysokości przeciętnych kosztów takich świadczeń w danej kasie chorych, o ile wykáže, że nie miał możliwości uzyskania świadczenia u świadczeniodawcy związanego umową z kasą.

2. Jeżeli ubezpieczony zmienia wybranego przez siebie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej bez zgody kasy chorych przed upływem sześciu miesięcy od dokonania wyboru, wnosi zryczałtowaną opłatę rejestracyjną do kasy chorych w wysokości 2,5% przeciętnego wynagrodzenia.

3. Koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych ubezpieczonemu przez świadczeniodawców spoza terenu działania właściwej kasy chorych rozliczane są bezpośrednio pomiędzy kasami w wysokości wynikającej z umowy zawartej między tymi kasami chorych.

Art. 61.

1. Kasa chorych przeprowadza lub zleca kontrolę bieżącej realizacji umowy o udzielanie świadczeń, a w szczególności kontrolę:

- 1) sposobu korzystania ze świadczeń przez ubezpieczonych, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania,
- 2) stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami,
- 3) sposobu korzystania ze świadczeń specjalistycznych i stosowanych technologii medycznych,

- 4) zasadności wyboru leków i materiałów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji,
 - 5) zasady wystawiania recept.
2. Kontrole dokumentacji medycznej i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych mogą być przeprowadzane tylko przez upoważnionych przez kasę chorych lekarzy, pielęgniarki, położne lub przedstawicieli innych zawodów medycznych, o ile zakres kontroli ich dotyczy.
 - 2a. Osoby dokonujące kontroli nie mogą udostępniać informacji uzyskanych w związku z przeprowadzoną kontrolą nieupoważnionym osobom trzecim. **pkt 3 w ust. 1 i ust. 2 w art. 65 skreślone**
 - 2b. W razie potrzeby kontrola jakości i zasadności wykonywania świadczeń diagnostycznych i leczniczych jest zlecana przez kasę chorych konsultantowi wojewódzkiemu z właściwej dziedziny medycyny.
 3. Podmiot kontrolowany zobowiązany jest do przedłożenia niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i pomocy podczas kontroli.
 4. Podmiot kontrolowany powinien uwzględniać wyniki kontroli i stosować się do zaleceń pokontrolnych.

Art. 62.

1. W razie pobytu ubezpieczonego poza obszarem działania właściwej kasy chorych i nagłego zachorowania lub pogorszenia się stanu zdrowia, świadczeń udziela zakład opieki zdrowotnej lub lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, z którym kasa chorych, właściwa ze względu na miejsce pobytu ubezpieczonego, zawarła umowę o udzielanie świadczeń.
- 1a. W razie zameldowania ubezpieczonego na pobyt czasowy poza obszarem działania właściwej kasy chorych świadczeń udziela świadczeniodawca, z którym kasa chorych właściwa ze względu na miejsce czasowego zameldowania ubezpieczonego zawarła umowę o udzielanie świadczeń. **art. 63 i 64 skreślone**
2. Koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 i 1a, są rozliczane bezpośrednio pomiędzy właściwymi kasami.

Rozdział 6

Organizacja i zakres działania kas chorych

Art. 65.

1. Zadania z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego realizują:
 - 1) regionalne kasy chorych,
 - 2) branżowe kasy chorych.
3. Kasa chorych może tworzyć biura terenowe, zwane dalej „oddziałami kasy”.

Art. 66.

1. Kasa chorych jest instytucją samorządną, reprezentującą ubezpieczonych.
2. Kasy chorych mają osobowość prawną.

Art. 67.

1. Kasy chorych uzyskują osobowość prawną z chwilą wpisu do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Miasta Stołecznego Warszawy w Warszawie, zwany dalej „sądem rejestrowym”.
2. W postępowaniu przed sądem rejestrowym stosuje się przepisy Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu nieprocesowym.
3. Rejestr jest jawny i dostępny dla osób trzecich.
4. Minister Sprawiedliwości określa, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakie powinien spełniać wniosek o wpis do rejestru, oraz wzór i sposób prowadzenia rejestru.

Art. 69a.

1. Regionalna kasa chorych jest podstawową jednostką organizacyjną ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Regionalna kasa chorych obejmuje zasięgiem swojego działania obszar zamieszany przez co najmniej 1 000 000 ludności. Obszar działania kasy chorych powinien uwzględniać granice administracyjne jednego lub kilku województw.
3. Regionalna kasa chorych zobowiązana jest przyjąć w skład członków każdą osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, zamieszkałą na obszarze działania kasy chorych.
4. Regionalna kasa chorych zobowiązana jest przyjąć w skład członków każdą osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia, zamieszkałą poza obszarem działania kasy chorych – na wniosek tej osoby.

zmiana w ust. 2 w
art. 69c wchodzi w
życie 1.01.2004 r.
(Dz.U. 2001 r. Nr 88,
poz. 961, 2002 r. Nr
200, poz. 1689)

Art. 69b.

Osoba objęta obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego jest członkiem regionalnej kasy chorych właściwej dla miejsca zamieszkania lub na swój wniosek innej kasy chorych.

art. 68 i 69 skreślone

Art. 69c.

1. Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, może tworzyć i znosić branżowe kasy chorych.
2. Wniosek o powołanie branżowej kasy chorych, poparty pisemnymi deklaracjami co najmniej 500 000 pełnoletnich osób, przedkłada Radzie Ministrów minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii *[Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych]* **<Urzędu Nadzoru>**.
3. W rozporządzeniu o utworzeniu branżowej kasy chorych Rada Ministrów nadaje kasie pierwszy statut oraz określa w szczególności:
 - 1) nazwę i siedzibę branżowej kasy chorych,
 - 2) sposób organizowania branżowej kasy chorych i źródła pokrycia kosztów jej tworzenia,
 - 3) tryb powoływania, zadania i uprawnienia pełnomocnika do spraw zorganizowania branżowej kasy chorych,

- 4) ustrój branżowej kasy chorych i kompetencje jej organów,
 - 5) tryb powoływania na stanowiska w organach branżowej kasy chorych i odwoływania z tych stanowisk,
 - 6) zakres podmiotowy branżowej kasy chorych.
5. W rozporządzeniu o zniesieniu branżowej kasy chorych Rada Ministrów określa w szczególności sposób i tryb przeprowadzenia likwidacji tej kasy oraz przeznaczenie jej mienia.
6. W przypadku zniesienia branżowej kasy chorych jej członkowie stają się członkami regionalnej kasy chorych właściwej dla ich miejsca zamieszkania.

Art. 72.

Do zakresu działania kasy chorych należy wykonywanie wszelkich czynności z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, a w szczególności:

- 1) prowadzenie ewidencji osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym,
- 2) stwierdzanie i potwierdzanie prawa osoby ubezpieczonej do świadczeń,
- 3) analizowanie wykonania obowiązku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- 4) zarządzanie funduszami kasy,
- 5) ustalanie planu finansowego,
- 6) zawieranie i finansowanie umów o udzielanie świadczeń na rzecz ubezpieczonych oraz kontrola realizacji tych umów,
- 7) tworzenie oddziałów kasy chorych i kierowanie ich działalnością,
- 8) przetwarzanie danych dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń oraz danych dotyczących refundacji leków i materiałów medycznych, a także organizacja działań mających na celu poprawę szybkości, jakości i wiarygodności przekazywania danych przez świadczeniodawców i apteki.

**ust. 4 w art. 69c
skreślony**

Art. 73.

1. Statut kasy chorych określa w szczególności:

- 1) nazwę i siedzibę kasy chorych,
- 2) obszar działania kasy chorych,
- 3) zasady tworzenia i funkcjonowania oddziałów kasy chorych,
- 4) liczbę członków organów kasy chorych i zakres czynności tych organów,
- 5) zasady funkcjonowania biura kasy chorych,
- 6) zasady sporządzania i zatwierdzania planu finansowego i rocznego sprawozdania finansowego,
- 7) zasady kontroli wewnętrznej kasy chorych,
- 8) warunki członkostwa osób ubezpieczających się dobrowolnie,
- 9) zasady ustalania wynagrodzeń oraz diet i zwrotu kosztów dla członków organów kasy chorych,
- 10) inne zadania wynikające z ustawy.

art. 70 i 71 skreślone

**pkt 7 w ust. 1 w art.
73 skreślony**

2. Statut kasy chorych i jego każdorazowa zmiana wymaga zatwierdzenia przez Urząd Nadzoru.

3. Statut kasy chorych podlega ogłoszeniu w wojewódzkich dziennikach urzędowych województw, na których obszarze działa ta kasa, oraz zostaje podany do publicznej wiadomości.
4. Uchwała o utworzeniu oddziału kasy chorych podlega ogłoszeniu w wojewódzkim dzienniku urzędowym województwa, na którego obszarze utworzono ten oddział, oraz podana zostaje do publicznej wiadomości.

Art. 74.

Organami kasy chorych są:

- 1) rada kasy chorych,
- 2) zarząd kasy chorych.

Art. 75.

1. Rada kasy chorych jest powoływana spośród osób ubezpieczonych w danej kasie chorych i zamieszkałych na terenie działania regionalnej kasy chorych.
2. Rada kasy chorych liczy siedmiu członków.
3. Członkowie rady regionalnej kasy chorych są powoływani i odwoływani przez ministra właściwego do spraw zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Trzech członków rady regionalnej kasy chorych jest powoływanych na wniosek sejmiku województwa właściwego ze względu na obszar działania kasy chorych.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia występuje do sejmiku województwa o przedstawienie trzech kandydatur na członków rady regionalnej kasy chorych. Sejmik województwa przestawia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania wystąpienia, pisemny wniosek o powołanie członków rady regionalnej kasy chorych. Do wniosku załącza się dokumenty, o których mowa w ust. 10.
6. Jeżeli sejmik województwa w terminie, o którym mowa w ust. 5, nie przedstawi wniosku o powołanie członków rady regionalnej kasy chorych, przepisu ust. 4 nie stosuje się.
7. W przypadku połączenia kas chorych minister właściwy do spraw zdrowia występuje do sejmików województw właściwych ze względu na obszar działania kas chorych, które ulegają połączeniu, o przedstawienie wspólnych kandydatur na członków rady regionalnej kasy chorych, na zasadach określonych w ust. 5.
8. Członkowie rady kasy chorych nie mogą być jednocześnie członkami zarządu, pracownikami kas chorych, świadczeniodawcami współpracującymi z kasami chorych, właścicielami lub pracownikami zakładów opieki zdrowotnej, lub osobami współpracującymi z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z kasami chorych na udzielanie świadczeń, członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62, z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 88, poz. 554, Nr 107, poz. 685, Nr 121, poz. 769 i 770 i Nr 139, poz. 934, z 1998 r. Nr 155, poz. 1015, z 1999 r. Nr 49, poz. 483, Nr 101, poz. 1178 i Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 43, poz. 483, Nr 48, poz. 552, Nr 70, poz. 819, Nr 114, poz. 1193 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 37, poz. 424, Nr 88,

poz. 961, Nr 100, poz. 1084 i Nr 110, poz. 1189 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253 i Nr 41, poz. 365), oraz właścicielami lub pracownikami aptek i podmiotów wytwarzających produkty lecznicze.

9. Członkiem rady kasy chorych może zostać osoba, która:

- 1) posiada wyższe wykształcenie,
- 2) zdała egzamin dla kandydata na członka rady nadzorczej jednoosobowej spółki Skarbu Państwa albo została wpisana na listę radców prawnych, adwokatów lub biegłych rewidentów,
- 3) korzysta z pełni praw publicznych,
- 4) wyróżnia się wysokimi walorami moralnymi.

**ust. 2 w art. 75b
skreślony**

10. Kandydaci na członka rady kasy chorych przed powołaniem są zobowiązani przedstawić dokumenty potwierdzające spełnianie wymagań określonych w ust. 9 pkt 1-3.
11. Członek rady kasy chorych, z zastrzeżeniem ust. 12, może być w każdym czasie odwołany przed upływem kadencji.
12. Członka rady kasy chorych odwołuje się, jeżeli przestał spełniać przynajmniej jeden z wymogów określonych w ust. 9 pkt 1-3 lub warunków, o których mowa w ust. 8.
13. Odwołanie członka rady regionalnej kasy chorych powołanego na wniosek sejmiku wymaga opinii sejmiku w terminie 30 dni od dnia otrzymania wystąpienia.
14. Sejmik województwa może wystąpić z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwołanie członka rady regionalnej kasy chorych.

Art. 75a.

1. Kadencja rady kasy chorych trwa 4 lata i upływa w dniu pierwszego posiedzenia nowo powołanej rady. Pierwsze posiedzenie rady zwołuje minister właściwy do spraw zdrowia i przewodniczy jej do czasu wyboru przewodniczącego rady kasy chorych.
2. Rada kasy chorych zbiera się na pierwszym posiedzeniu nie później niż w ciągu 14 dni od dnia powołania.

Art. 75b.

1. Rada kasy chorych wybiera spośród swojego składu przewodniczącego, wiceprzewodniczących i sekretarza rady.

Art. 76.

Do zakresu działania rady kasy chorych należy w szczególności:

- 1) uchwalanie statutu kasy chorych,
- 2) podejmowanie decyzji o utworzeniu oddziałów kasy chorych i ustalanie obszaru ich działania,
- 3) powoływanie i odwoływanie dyrektora kasy chorych oraz na jego wniosek dwóch zastępców dyrektora, w tym zastępcy dyrektora do spraw medycznych, i pozostałych członków zarządu,

- 4) rozpatrywanie skarg i wniosków ubezpieczonych i udzielanie im odpowiedzi we współpracy z dyrektorem kasy chorych,
- 5) uchwalanie planu finansowego oraz przyjmowanie i zatwierdzanie rocznych oraz kwartalnych sprawozdań finansowych,
- 6) uchwalanie planu pracy oraz rozpatrywanie i przyjmowanie kwartalnych oraz rocznych sprawozdań z jego wykonania,
- 7) rozpatrywanie okresowych sprawozdań z działalności zarządu kasy chorych,
- 8) uchwalenie regulaminu rady i zarządu kasy chorych, **art. 76a i 77**
- 9) podejmowanie uchwał dotyczących majątku kasy chorych, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla zarządu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości, **skreślone**
- 11) inne zadania zastrzeżone w ustawie i statucie kasy chorych do właściwości rady.

Art. 78.

1. Rada kasy chorych odbywa posiedzenia nie rzadziej niż raz na dwa miesiące.
2. Posiedzenia zwołuje i przewodniczy im przewodniczący rady kasy chorych lub działający z jego upoważnienia wiceprzewodniczący.
3. Nadzwyczajne posiedzenie rady kasy chorych jest zwoływane na wniosek zarządu kasy, Prezesa Urzędu Nadzoru, ministra właściwego do spraw zdrowia albo co najmniej 1/3 członków rady kasy, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia doręczenia żądania przewodniczącemu rady kasy lub pełniącemu jego obowiązki wiceprzewodniczącemu. **art. 80 skreślony**

**ust. 2 w art. 81
skreślony**

Art. 79.

1. Rada kasy chorych, z zastrzeżeniem ust. 2, podejmuje uchwały w obecności co najmniej połowy liczby członków.
2. Na posiedzeniach nadzwyczajnych rada kasy chorych podejmuje uchwały w obecności co najmniej 2/3 liczby członków.
3. Uchwały rady kasy chorych zapadają bezwzględną większością głosów członków obecnych na posiedzeniu. **pkt 10 w art. 76
skreślony**
4. Bezwzględna większość głosów ma miejsce wówczas, gdy za kandydatem lub wnioskiem oddana została liczba głosów co najmniej o jeden większa od sumy pozostałych ważnie oddanych głosów.
5. Protokoły z posiedzeń rady kasy chorych są dostępne do wglądu dla ubezpieczonych w kasie chorych.

Art. 81.

1. Członkowie rady kasy chorych za udział w posiedzeniu otrzymują diety oraz zwrot kosztów przejazdów, a zamiejscowi - również zwrot kosztów noclegów.

3. Wysokość diet. o których mowa w ust. 1, uchwała rada kasy chorych, przy czym nie może ona przekraczać miesięcznie $\frac{2}{3}$ przeciętnego wynagrodzenia.
4. Zwrot kosztów przejazdów i noclegów następuje na zasadach określonych w przepisach w sprawie diet i innych należności z tytułu podróży służbowych na obszarze kraju.
5. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do posłów i senatorów, a w zakresie diet także do radnych jednostek samorządu terytorialnego.

Art. 82.

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

- 15) przygotowanie i przedstawianie radzie kasy chorych corocznych prognoz przychodów i kosztów,
 - 16) przygotowywanie i przedstawianie radzie kasy chorych projektu planu zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 55a.
7. Dyrektor wykonuje, jako pracodawca, czynności w sprawach z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników biura kasy chorych.

Art. 83.**art. 84-123 skreślone**

1. Zastępcą dyrektora kasy chorych do spraw medycznych jest lekarz.
2. Do zakresu działania zastępcy dyrektora kasy chorych do spraw medycznych należy w szczególności:
 - 1) dokonywanie ocen zachorowalności i chorobowości wśród ubezpieczonych w kasie chorych oraz opracowywanie wniosków dotyczących działania kasy w tym zakresie,
 - 2) monitorowanie dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych zapewnianych przez kasę chorych oraz przeprowadzanie lub zlecanie przeprowadzenia kontroli w tym zakresie i przedstawianie wniosków zarządowi kasy.

Art. 83a.

Członkowie zarządu kasy chorych oraz pracownicy kasy chorych nie mogą jednocześnie być członkami rady kasy chorych, świadczeniodawcami, właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z kasą chorych, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Rozdział 6a**Łączenie kas chorych****Art. 123a.**

1. Połączenie kas chorych następuje w drodze podjętej na wspólnym posiedzeniu przez rady łączących się kas uchwały, zwanej dalej „uchwałą o połączeniu”.
2. Uchwałą o połączeniu uważa się za podjętą, jeżeli opowiedziała się za nią bezwzględna większość członków każdej z rad łączących się kas chorych, w obecności co najmniej 2/3 ogólnej liczby członków każdej z tych rad.

Art. 123b.

1. Uchwałą o połączeniu określa:
 - 1) termin połączenia,
 - 2) nazwę i siedzibę kasy chorych powstałej w wyniku połączenia.
2. W uchwale, o której mowa w ust. 1, rady łączących się kas chorych:

**pkt 3 w ust.2 w art.
83 skreślony**

- 1) wskazują ten z zarządów łączących się kas chorych, który ma wykonywać funkcję zarządu kasy chorych powstałej w wyniku połączenia do czasu powołania zarządu tej kasy,
 - 2) przyjmują statut kasy chorych powstałej w wyniku połączenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Obszar działania kasy chorych powstałej w wyniku połączenia określa się jako łączny obszar działania łączących się kas chorych.

Art. 123c.

1. Uchwała o połączeniu stanowi podstawę wykreślenia z rejestru, o którym mowa w art. 67 ust. 1, łączących się kas chorych i wpisania z tą samą datą do tego rejestru kasy chorych powstałej w wyniku połączenia.
2. Z wnioskiem do sądu rejestrowego o wykreślenie i dokonanie wpisu, o których mowa w ust. 1, występuje zarząd, o którym mowa w art. 123b ust. 2 pkt 1.

Art. 123d.

1. Z dniem wpisu do rejestru kasy chorych powstałej w wyniku połączenia:
 - 1) organy łączących się kas chorych ulegają rozwiązaniu, z zastrzeżeniem art. 123b ust. 2 pkt 1,
 - 2) kasa powstała w wyniku połączenia wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotami były łączące się kasy, bez względu na charakter tych stosunków,
 - 3) ubezpieczeni w łączących się kasach chorych stają się ubezpieczonymi w kasie chorych powstałej w wyniku połączenia.
2. Do czasu wyboru rady kasy chorych powstałej w wyniku połączenia kompetencje rady wykonuje Prezes Urzędu Nadzoru.

Art. 123e.

1. Jeżeli ustanowienie zarządu komisarycznego, o którym mowa w art. 151f, nie przyniosło poprawy sytuacji kasy chorych, Rada Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia złożony po zasięgnięciu opinii Prezesa Urzędu Nadzoru, może, w drodze rozporządzenia, postanowić o połączeniu z inną kasą chorych.
2. Rozporządzenie Rady Ministrów zastępuje uchwały rad kas chorych, które mają zostać połączone.
3. W rozporządzeniu, o którym mowa w ust. 1, uwzględnia się odpowiednio przepisy art. 123b, 123c ust. 1 i art. 123d.
4. Z wnioskami do sądu rejestrowego o wykreślenie i dokonanie wpisu, o których mowa w art. 123c ust. 1, występuje minister właściwy do spraw zdrowia.

Rozdział 7

Gospodarka finansowa kas chorych

Art. 124.

Kasy chorych prowadzą gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

**pkt 4 w ust. 1 w art.
128 skreślony**

Art. 127.

Przychodami kasy chorych są:

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

**ust. 2 w art. 129
skreślony**

Art. 128.

1. Kosztami kasy chorych są:

- 1) koszty świadczeń dla ubezpieczonych,
- 2) koszty działalności kasy chorych i jej oddziałów, w szczególności koszty utrzymania nieruchomości, amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, wynagrodzenia, narzuty na wynagrodzenia, diety i zwroty kosztów podróży,
- 3) odpisy na fundusz rezerwowy kasy chorych,
- 5) odszkodowania,
- 6) zwroty kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych przez inne kasy chorych lub instytucje w przypadkach określonych ustawą,
- 7) wyrównanie finansowe, o którym mowa w art. 135,
- 8) koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 31b ust. 2 pkt 1 i 3.

**art. 125 i 126
skreślone**

2. Przychody kasy chorych są przeznaczone na finansowanie kosztów, o których mowa w ust. 1, oraz inwestycji służących potrzebom kasy chorych.

Art. 129.

1. Wysokość środków na koszty administracyjne kasy chorych i jej oddziałów określa corocznie rada kasy w planie finansowym kasy.

Art. 130.

1. Kasa chorych tworzy fundusz rezerwowy.
2. Fundusz rezerwowy przeznaczony jest wyłącznie na:

- 1) pokrycie różnicy spowodowanej przewagą kosztów nad przychodami kasy chorych,
 - 2) przywrócenie płynności finansowej.
3. Uruchomienie funduszu rezerwowego wymaga uchwały rady kasy chorych, z zastrzeżeniem ust. 3a.
- 3a. Zarząd kasy chorych jest uprawniony do uruchomienia funduszu rezerwowego, jeżeli:
- 1) uzyskane środki przeznaczone zostaną na pokrycie wymagalnych zobowiązań z tytułu świadczeń zdrowotnych lub refundacji leków,
 - 2) łączna kwota uzyskanych w tym trybie w danym roku środków nie przekracza 40% środków zgromadzonych na funduszu rezerwowym w dniu poprzedzającym jego pierwsze w danym roku naruszenie.
4. Kasa chorych zawiadamia Urząd Nadzoru o uruchomieniu funduszu rezerwowego w terminie 7 dni od jego uruchomienia.

Art. 131.

1. Wysokość odpisu na fundusz rezerwowy wynosi 1% miesięcznych przychodów kasy chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne po uwzględnieniu kwoty wyrównania finansowego, o którym mowa w art. 135.
- 1a. Przychody, o których mowa w art. 127 pkt 2, mogą zasilać fundusz rezerwowy do wysokości określonej w ust. 4.
2. Środki funduszu rezerwowego są lokowane:
- 1) w papierach wartościowych emitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa,
 - 2) na rachunkach bankowych w bankach mających siedziby na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i których kapitał własny wynosi co najmniej 100 000 000 zł, z tym że w jednym banku nie może być lokowane w skali roku więcej niż 25% utworzonego funduszu rezerwowego.
3. Dochody z lokat, o których mowa w ust. 2, zasilają fundusz rezerwowy do wysokości określonej w ust. 4.
4. Fundusz rezerwowy tworzony jest do wysokości 4% kwoty planowanych rocznych przychodów kasy chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Art. 131a.

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

Art. 131b.

1. Kasa chorych sporządza na każdy rok plan finansowy zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.
2. W planie finansowym uwzględnia się kwotę wyrównania finansowego, o którym mowa w art. 135.

3. Dyrektor kasy chorych przedstawia projekt planu finansowego na rok następny radzie kasy chorych i Urzędowi Nadzoru do dnia 30 września.
4. Rada kasy chorych uchwała nie później niż do dnia 30 października plan finansowy na rok następny i przekazuje go do Urzędu Nadzoru.
5. Urząd Nadzoru zatwierdza plan finansowy do dnia 30 listopada.
6. Kasa chorych podaje zatwierdzony plan finansowy do publicznej wiadomości.
7. W przypadku utraty płynności finansowej przez regionalną kasę chorych sejmik województwa, na którego obszarze działa ta kasa, może udzielić jej pożyczki.

**art. 132-134
skreślone**

Art. 131c.

Jeżeli na podstawie przepisów art. 151b oraz 151f powołany zostanie zarząd komisaryczny kasy chorych, może on za zgodą Urzędu Nadzoru dokonać zmian organizacyjnych w kasie chorych.

Art. 131d.

1. Nadwyżkę przychodów nad kosztami kasy chorych w danym roku przeznaczają się na:
 - 1) uzupełnienie funduszu rezerwowego,
 - 2) pokrycie nadwyżki kosztów nad przychodami z lat ubiegłych,
 - 3) świadczenia zdrowotne dla ubezpieczonych,
 - 4) zwiększenie przychodów w następnym roku.
2. O przeznaczeniu nadwyżki decyduje rada kasy chorych w drodze uchwały.

Art. 135.

1. Kasy chorych uczestniczą w wyrównaniu finansowym dokonywanym między kasami chorych ze względu na zróżnicowanie przychodów i kosztów, zwanym dalej „wyrównaniem”.
2. Za czynniki różnicujące przyjmuje się:
 - 1) kwotę planowanych przychodów rocznych kasy chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przypadającą średnio na 1 osobę uprawnioną do świadczeń w danej kasie chorych w roku poprzednim,
 - 2) liczbę osób ubezpieczonych powyżej 60 roku życia według stanu na dzień 30 czerwca roku poprzedniego.
3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, algorytm wyrównania uwzględniający czynniki różnicujące oraz wysokość procentową przewidywanych przychodów kasy chorych, które nie będą uwzględnione w wyrównaniu. Urząd Nadzoru oblicza na podstawie tego algorytmu wysokość kwot wyrównania dla poszczególnych kas chorych w następnym roku kalendarzowym.
4. Urząd Nadzoru do dnia 10 września zawiadamia kasy chorych o kwotach ich udziału w wyrównaniu w następnym roku.
5. Kwoty wyrównania zostają uwzględnione w planach finansowych kas chorych na rok następny.

6. Kasy chorych, obowiązane do wypłaty ze swego funduszu kwoty wyrównania finansowego, przekazują co miesiąc 1/12 część rocznej kwoty wyrównania dla kas chorych, które otrzymują to wyrównanie. Tryb i terminy przekazywania kwot wyrównania między kasami chorych określa Urząd Nadzoru.
7. Kasa chorych w przypadku zaległości w przekazywaniu kwot wyrównania finansowego obowiązana jest do zapłacenia odsetek za zwłokę na podstawie przepisów ustawy – Ordynacja podatkowa.
8. Należności z tytułu wyrównania podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Art. 135a.

1. Kasa chorych sporządza coroczną prognozę przychodów i kosztów na kolejne 3 lata.
2. Organy administracji rządowej oraz jednostek samorządu terytorialnego, organizacje świadczeniodawców lub pracodawców oraz inne instytucje udzielają kasie chorych wszelkich informacji koniecznych do sporządzenia prognoz, o których mowa w ust. 1. Kasa chorych przesyła prognozy do Urzędu Nadzoru.

Art. 141.

1. Kasy chorych przeprowadzają coroczne badanie sprawozdań finansowych przez biegłych rewidentów i prowadzą rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. Nr 121, poz. 591, z 1997 r. Nr 32, poz. 183, Nr 43, poz. 272, Nr 88, poz. 554, Nr 139, poz. 933 i 934, Nr 140, poz. 939 i Nr 141, poz. 945 oraz z 1998 r. Nr 60, poz. 382, Nr 106, poz. 668 i Nr 107, poz. 669).
2. Bilans, rachunek zysków i strat oraz sprawozdanie z przepływu środków pieniężnych za rok obrotowy w rozumieniu ustawy, o której mowa w ust. 1, kasa chorych ogłasza w jednym dzienniku prasowym o zasięgu ogólnopolskim.
3. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczególne zasady rachunkowości kas chorych, sporządzania informacji dodatkowej oraz sporządzania sprawozdań finansowych.

Rozdział 7a

Przetwarzanie i ochrona danych

Art. 141a.

1. Kasy chorych są uprawnione do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób ubezpieczonych w celu:
 - 1) stwierdzenia obowiązku ubezpieczenia i członkostwa,
 - 2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń kas chorych,
 - 3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki,
 - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń,
 - 5) rozliczenia ze świadczeniodawcami,

**art. 136-140
skreślone**

- 6) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec kasy chorych,
 - 7) kontroli przestrzegania zasad gospodarności,
 - 8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i materiały medyczne.
2. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, kasy chorych mają prawo przetwarzania następujących danych osobowych:
- 1) pierwsze i drugie imię oraz nazwisko,
 - 1a) nazwisko rodowe,
 - 2) numer PESEL,
 - 2a) NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer,
 - 2b) rodzaj i numer dowodu tożsamości - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL i numeru NIP,
 - 3) data urodzenia,
 - 4) płeć,
 - 5) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę,
 - 6) adres zamieszkania,
 - 7) stopień niepełnosprawności,
 - 8) udzielone ubezpieczonemu świadczenia zdrowotne, których charakterystyka zawiera między innymi:
 - a) rodzaj udzielonego świadczenia,
 - b) świadczeniodawcę wykonującego usługę,
 - c) świadczeniodawcę zlecającego usługę,
 - d) rozpoznanie według międzynarodowej klasyfikacji chorób, urazów i zatrucí związane z wykonaną usługą,
 - 9) rodzaj uprawnień oraz numer i datę ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 43 oraz art. 44 ust. 1 i 2, a także osób posiadających, na podstawie odrębnych przepisów, szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub środków farmaceutycznych niż wynikające z niniejszej ustawy.

Art. 141b.

1. Apteki są zobowiązane udostępniać na żądanie kasom chorych do wglądu recepty i przekazywać niezbędne dane rozliczeniowe, których rodzaj określa minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Naczelną Radą Aptekarską.
2. Szpitale oraz pozostali świadczeniodawcy działający w ramach umów z kasami chorych zobowiązani są do gromadzenia i przekazywania kasom chorych danych, które określa minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 141c.

Jeżeli ubezpieczony przenosi się do innej kasy chorych, dotychczas ubezpieczająca go kasa chorych zobowiązana jest przekazać kasie chorych aktualnie go ubezpieczającej wszelkie dane niezbędne do kontynuacji ubezpieczenia.

Art. 141d.

Kasa chorych na żądanie ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach oraz ich kosztach.

Art. 141e.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) zakres niezbędnych danych gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych danych oraz ich udostępniania kasom chorych, Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i wojewodom, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów,
 - 2) zakres niezbędnych danych gromadzonych w systemach informatycznych kas chorych oraz wzory i zasady przekazywania Prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych sprawozdań okresowych, a także wzory i sposób przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i wojewodom zbiorczych danych dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonym będącym członkami kasy chorych,
 - 3) zakres niezbędnych danych gromadzonych i przekazywanych przez apteki, o których mowa w art. 141b ust. 1, kasom chorych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia gromadzi i przetwarza materiały informacyjne z instytucji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Rozdział 8**Uprawnienia kontrolne Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego****Art. 142.**

1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przeprowadzają kontrolę wykonywania przez osoby oraz podmioty wymienione w art. 16 i 23–25 obowiązków w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego.
 - 1a. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, na wniosek kasy chorych, może zobowiązać Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, określając jednocześnie jej zakres przedmiotowy i podmiotowy.
2. Do zakresu kontroli, o której mowa w ust. 1, należy kontrola rzetelności:

- 1) zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych tym ubezpieczeniem,
 - 2) deklarowanych podstaw obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne, prawidłowości obliczania, opłacania i odprowadzania składki.
3. Kasa chorych analizuje uzyskane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane, o których mowa w ust. 1, 1a i 2, i występuje z wnioskami do tych instytucji.

Art. 146.

Organy kontroli państwowej są obowiązane przekazywać kasie chorych informacje o stwierdzonych przypadkach naruszenia przepisów o ubezpieczeniu zdrowotnym, a w szczególności dotyczących zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz obliczania, rozliczania i opłacania składek.

Rozdział 9

Postępowanie w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 147.

Od decyzji kasy chorych w sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ustalenia prawa do świadczeń przysługuje odwołanie do sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminach i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu odrębnym w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych.

**art. 143-145
skreślone**

Art. 148.

1. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w art. 147, wnosi się do organu kasy, który wydał decyzję.
2. Organ może zmienić lub uchylić decyzję w terminie 14 dni od dnia wniesienia odwołania.
3. Jeżeli odwołanie nie zostało uwzględnione w całości, organ przekazuje niezwłocznie sprawę do sądu ze szczegółowym uzasadnieniem wydanej decyzji.

Art. 149.

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.

Art. 150.

W razie zawinionego ujawnienia przez kasę chorych danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia ubezpieczonego oraz innych informacji o ubezpieczonym, sąd może przyznać pokrzywdzonemu odpowiednią sumę pieniężną tytułem zadośćuczynienia za doznaną krzywdę.

Rozdział 10**Nadzór nad realizacją powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego***[Art. 151.*

1. *Tworzy się Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych jako centralny organ administracji rządowej.*
2. *Urzędem Nadzoru kieruje Prezes, którego powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia.*
3. *Wiceprezesa Urzędu Nadzoru powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Urzędu Nadzoru.*
4. *Zadaniem Urzędu Nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczonych.*
5. *Nadzór nad działalnością Urzędu Nadzoru sprawuje Prezes Rady Ministrów, stosując kryterium zgodności z prawem.*
6. *W zakresie funkcji nadzoru Urząd Nadzoru podlega jedynie ustawom.*
7. *Organizację Urzędu Nadzoru określa statut. Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje statut Urzędowi Nadzoru.]*

ust. 2 w art. 151a
skreślony

<Art. 151.

- 1. Nadzór nad kasami chorych sprawuje Urząd Nadzoru.**
- 2. Zadaniem Urzędu Nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczonych.>**

Art. 151a.

1. Pracownicy Urzędu Nadzoru nie mogą być członkami organów lub pracownikami kas chorych, świadczeniodawcami mającymi umowę z kasami chorych ani pracownikami lub osobami współpracującymi z zakładami opieki zdrowotnej, które zawarły umowę z kasami chorych na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
- [3. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wymagane kwalifikacje członków korpusu służby cywilnej zatrudnionych w Urzędzie Nadzoru oraz zasady ich wynagradzania.*
- 3a. *Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Finansów i Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej określi, w drodze rozporządzenia, wymagane kwalifikacje pozostałych pracowników Urzędu Nadzoru oraz zasady ich wynagradzania.]*
4. Urząd Nadzoru sprawuje nadzór stosując kryterium legalności nad działalnością:
 - 1) kas chorych,
 - 2) świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z kasami chorych.
5. Urząd Nadzoru sprawuje nadzór nad gospodarką finansową podmiotów, o których mowa w ust. 4 pkt 1, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.
6. Urząd Nadzoru zatwierdza statuty oraz bada uchwały przyjmowane przez organa uchwałodawcze podmiotów, o których mowa w ust. 4 pkt 1, w zakresie zgodności z prawem i stwierdza nieważność uchwały w całości lub w części,

pkt 3 w ust. 4 w art. 151a skreślony
nowe brzmienie art. 151 wchodzi w życie z dn. 1.01.2004 r.
(Dz.U. z 2001 r. Nr 88, poz. 961 i 2002 r. Nr 200, poz. 1689)

ust. 3 i 3a w art. 151a skreślone z dn. 1.01.2004 r. (Dz.U. 2001 r. Nr 88, poz. 961, 2002 r. Nr 200, poz. 1689)

jeżeli narusza ona prawo lub stwarza zagrożenie wystąpienia ujemnego wyniku finansowego.

7. W przypadku uznania przez Urząd Nadzoru uchwały dotyczącej planu finansowego za nieważną w całości lub w części, jeśli nieprawidłowości uchwały nie zostaną w terminie wyznaczonym usunięte przez organ uchwałodawczy oraz w przypadku nieuchwalenia planu finansowego na rok następny do dnia 15 listopada roku poprzedzającego przez podmiot wymieniony w ust. 4 pkt 1, Urząd Nadzoru ustala plan finansowy w całości lub w części uznanej za nieważną.
8. Urząd Nadzoru rozpatruje i zatwierdza kwartalne i roczne sprawozdania finansowe kas chorych.
9. Urząd Nadzoru może żądać dodatkowego sprawozdania finansowego w uzasadnionych przypadkach, a w szczególności gdy kasa chorych naruszy fundusz rezerwowy.

Art. 151b.

1. Jeżeli kasa chorych w przypadku naruszenia funduszu rezerwowego nie przedstawi Urzędowi Nadzoru planu przywrócenia równowagi finansowej lub przedstawiony plan tej równowagi nie gwarantuje albo gdy realizacja planu okaże się nieskuteczna, Urząd Nadzoru może ustanowić zarząd komisaryczny kasy chorych.
2. Urząd Nadzoru może ustanowić zarząd komisaryczny kasy chorych w każdym przypadku rażącego naruszenia przepisów prawa i nieusunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie oraz niewywiązywania się z zadań ustawowych w zakresie zapewniania ubezpieczonym należnych świadczeń.

Art. 151c.

1. Urząd Nadzoru może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę działalności i stanu majątkowego kasy chorych i innych podmiotów wymienionych w art. 151a ust. 4 pkt 1.
2. Przy przeprowadzaniu kontroli Urząd Nadzoru może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez kasę chorych.
3. Podmioty wymienione w art. 151a ust. 4 pkt 1 zobowiązane są do przedkładania Urzędowi Nadzoru dokumentacji, udzielania mu pomocy oraz udzielania wszelkich informacji niezbędnych do wypełniania jego zadań.
4. Urząd Nadzoru może wydawać zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności kontrolowanego podmiotu do przepisów prawa.
5. W razie niewykonywania zaleceń, o których mowa w ust. 4, prowadzenia działalności z naruszeniem przepisów prawa, statutu, odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w ust. 3, Urząd Nadzoru może w przypadku:
 - 1) kas chorych:

- a) nakładać na członka zarządu kasy chorych karę upomnienia, pieniężną do wysokości 3-krotnego wynagrodzenia brutto tej osoby wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące przed nałożeniem kary,
 - b) występować do właściwego organu kasy chorych z wnioskiem o odwołanie członka zarządu,
 - c) występować do właściwego organu kasy chorych z wnioskiem o zawieszenie w czynnościach członka zarządu do czasu rozpatrzenia wniosku o jego odwołanie,
 - d) ustanawiać zarząd komisaryczny,
6. Kary pieniężne, o których mowa w ust. 5, podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

pkt 2 w ust. 5 w art. 151c skreślony

Art. 151d.

1. Urząd Nadzoru jest uprawniony do przeprowadzania kontroli w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego, określonych przepisami ustawy.
2. Urząd Nadzoru określa kwoty, tryb i terminy wyrównania między kasami chorych zgodnie z przepisami art. 135 i zleca kasom chorych przeprowadzenie tego wyrównania oraz je nadzoruje.
4. Urząd Nadzoru może prowadzić działalność szkoleniową i informacyjną dla podmiotów wymienionych w art. 151a ust. 4 pkt 1.
5. Urząd Nadzoru współdziała z organami administracji rządowej, jednostkami samorządu terytorialnego i innymi instytucjami w zakresie kształtowania polityki zdrowotnej państwa dotyczącej ubezpieczeń zdrowotnych.

ust. 3 w art. 151d skreślony

Art. 151e.

1. W sprawach, o których mowa w art. 151a ust. 4–9, art. 151b, art. 151c ust. 4–6, art. 151d ust. 1–2, Prezes Urzędu Nadzoru wydaje decyzje administracyjne.
2. Do postępowania przed Urzędem Nadzoru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.
3. Na decyzję Prezesa Urzędu Nadzoru służy skarga do *[Naczelnego Sądu Administracyjnego]* **<sądu administracyjnego>**.

zmiana w ust. 3 w art. 151e (dot. sądu adm.) wchodzi w życie z dn. 1.01.2004 r. (Dz.U. 2002 r. Nr 153, poz. 1271)

Art. 151f.

1. Zarząd komisaryczny kasy chorych ustanowiony przez Urząd Nadzoru może być powołany na okres od 6 do 12 miesięcy.
2. Ustanowienie zarządu komisarycznego nie wpływa na organizację i sposób działania kasy chorych jako osoby prawnej, z wyjątkiem zmian przewidzianych w ustawie.
3. Na zarząd komisaryczny przechodzi prawo podejmowania decyzji we wszelkich sprawach zastrzeżonych w ustawie i statucie do właściwości organów kasy chorych. Z dniem ustanowienia zarządu komisarycznego zarząd kasy chorych ulega rozwiązaniu, a jego pełnomocnictwa wygasają. Na czas trwania zarządu

komisarycznego kompetencje innych organów kasy chorych ulegają zawieszeniu.

4. Na decyzję o ustanowieniu zarządu komisarycznego radzie kasy chorych służy skarga do [*Naczelnego Sądu Administracyjnego*] **<sądu administracyjnego>**. Wniesienie skargi nie wstrzymuje wykonania decyzji.
5. Zarząd komisaryczny opracowuje i uzgadnia z Urzędem Nadzoru plan przywrócenia płynności finansowej i wypłacalności kasy chorych, zapewnia należyte wykonanie tego planu oraz nie rzadziej niż co 3 miesiące informuje Urząd Nadzoru o wynikach jego realizacji.
6. Szczegółowe zadania zarządu komisarycznego, terminy ich wykonania oraz wynagrodzenia członków zarządu komisarycznego określa decyzja o ustanowieniu zarządu. Koszty działalności zarządu komisarycznego obciążają kasę chorych.
7. Ustanowienie zarządu komisarycznego podlega zgłoszeniu do rejestru, o którym mowa w art. 67ust. 1.

zmiana w ust. 4 w art. 151f wchodzi w życie z dn. 1.01.2004 r. (Dz.U. 2002 r. Nr 153, poz. 1271)

Art. 151g.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób, zakres i tryb przeprowadzania kontroli przez Prezesa Urzędu Nadzoru.

Art. 154.

Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia corocznie Sejmowi i Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do końca lipca roku następnego, sprawozdanie z działalności kas chorych.

art. 152 i 153
skreślone

Rozdział 11

Przepisy karne

Art. 155.

Kto:

- 1) nie zgłasza wymaganych przepisami danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenia zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia,
- 2) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego,
- 3) nie odprowadza w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- 4) pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z kasą chorych,

podlega karze grzywny do 5000 zł.

Art. 156.

Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 155, następuje w trybie przepisów o postępowaniu w sprawach o wykroczenia.

Rozdział 12**Zmiany w przepisach obowiązujących****Art. 157.**

W rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 24 października 1934 r. - Prawo upadłościowe (Dz.U. z 1991 r. Nr 118, poz. 512, z 1994 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 85, poz. 426 oraz z 1996 r. Nr 6, poz. 43, Nr 43, poz. 189, Nr 106, poz. 496 i Nr 149, poz. 703) w art. 3 w § 1 po wyrazie "zobowiązania," dodaje się wyrazy "kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego".

Art. 158.

W ustawie z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1992 r. Nr 4, poz. 16, Nr 40, poz. 174 i Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 43, poz. 165, z 1996 r. Nr 7, poz. 44, Nr 10, poz. 56 i Nr 106, poz. 496 oraz z 1997 r. Nr 6, poz. 31) art. 69 otrzymuje brzmienie:

- "Art. 69. 1. Żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe i ćwiczenia wojskowe oraz pełniącym służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, przysługuje prawo do bezpłatnego korzystania ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
2. Ministrowie Obrony Narodowej oraz Zdrowia i Opieki Społecznej określają, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady, zakres i tryb korzystania ze świadczeń, o których mowa w ust. 1."

Art. 159.

W ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 1993 r. Nr 71, poz. 342, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 124, poz. 585, Nr 136, poz. 636 i Nr 155, poz. 771) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 6 dodaje się pkt 16 w brzmieniu:

"16) ubezpieczeniu zdrowotnym - rozumie się ubezpieczenie określone w odrębnych przepisach.";

- 2) w art. 78:

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

"5) ubezpieczeń zdrowotnych:

- a) rolników i pracujących z nimi domowników podlegających ubezpieczeniu społecznemu,
- b) osób pobierających świadczenia emerytalno-rentowe w części składkowej,"

- b) w ust. 2 w pkt 3 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się wyrazy "obejmującej również wydatki, o których mowa w ust. 1 pkt 5";

- 3) w art. 79 w ust. 1 dodaje się zdanie drugie w brzmieniu:

"Ponadto ze środków funduszu administracyjnego finansowane są koszty obsługi zadań w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego."

Art. 160.

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

- 1) w art. 23 w ust. 1 w pkt 57 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 58 w brzmieniu:

"58) składek na ubezpieczenie zdrowotne, opłaconych w roku podatkowym przez podatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.";

- 2) po art. 27a dodaje się art. 27b w brzmieniu:

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

- 1) opłaconych w roku podatkowym bezpośrednio przez podatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,

- 2) pobranych w roku podatkowym przez płatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

2. Wysokość wydatków na cele określone w ust. 1 ustala się na podstawie dokumentów stwierdzających ich poniesienie.";

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

"2) odliczyć od przychodów wydatki określone w art. 26 ust. 1 oraz od zryczałtowanego podatku dochodowego w pierwszej kolejności wydatki określone w art. 27b ust. 1 pkt 1, a następnie wydatki określone w art. 27a ust. 1; w przypadku dokonywania odliczeń stosuje się odpowiednio przepisy art. 26 ust. 2-12, art. 27a ust. 2-17 i art. 27b ust. 2.";

- 4) w art. 32 po ust. 3a dodaje się ust. 3b w brzmieniu:

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

- 5) w art. 33 po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

"3a. Zaliczkę od dochodów, o których mowa w ust. 1, obliczoną w sposób określony w ust. 2 i 3, zmniejsza się o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej w tym miesiącu przez spółdzielnię zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Kwotę składki zmniejszającej zaliczkę oblicza się w sposób określony w ust. 3.";

- 6) w art. 34:

- a) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:
- "4a. Zaliczkę obliczoną w sposób określony w ust. 2 zmniejsza się o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej w tym miesiącu przez organ rentowy zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.",
- b) w ust. 9 po wyrazach "podatek wynikający z rozliczenia rocznego" dodaje się wyrazy "obniżony o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez organ rentowy zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym";
- 7) w art. 35 po ust. 8 dodaje się ust. 9 w brzmieniu:
- "9. Zaliczkę od dochodów, o których mowa w ust. 1, obliczoną w sposób określony w ust. 3-8, zmniejsza się o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej w tym miesiącu przez płatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.";
- 8) w art. 37 w ust. 1 w ostatnim zdaniu po wyrazach "Podatek wynikający z obliczenia rocznego" dodaje się wyrazy "obniżony przez płatnika o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym";
- 9) w art. 38 w ust. 1 po wyrazach "kwotę potrąconego podatku dochodowego oraz" dodaje się wyrazy "kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a także";
- 10) w art. 39 w ust. 1 w zdaniu pierwszym po wyrazach "uzyskanych przez nich dochodów oraz" dodaje się wyrazy "składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez płatnika, a także";
- 11) w art. 41 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:
- "1a. Zaliczkę od dochodów, o których mowa w ust. 1, obliczoną w sposób określony w tym przepisie, zmniejsza się o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, pobranej przez płatnika, o którym mowa w ust. 1, zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.";
- 12) w art. 42 w ust. 3 w zdaniu pierwszym po wyrazach "o wysokości dochodu i" dodaje się wyrazy "składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych w roku podatkowym przez płatnika a także o";
- 13) w art. 43 w ust. 4 po wyrazach "tego urzędu skarbowego" dodaje się wyrazy "obniżone o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaconej w tym miesiącu zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym";
- 14) w art. 44 po ust. 3a dodaje się ust. 3b w brzmieniu:
- "3b. Zaliczki, o których mowa w ust. 3 pkt 2 i 3 oraz w ust. 3a, zmniejsza się o kwotę składek na ubezpieczenie zdrowotne opłaconych bezpośrednio w tych miesiącach przez podatnika zgodnie z przepisami o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.".

Art. 161.

W ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 1993 r. Nr 106, poz. 482 i Nr 134, poz. 646, z 1994 r. Nr 1, poz. 2, Nr 43,

poz. 163, Nr 80, poz. 368, Nr 87, poz. 406, Nr 90, poz. 419, Nr 113, poz. 547, Nr 123, poz. 602 i Nr 127, poz. 627, z 1995 r. Nr 5, poz. 25, Nr 86, poz. 433, Nr 96, poz. 478, Nr 133, poz. 654 i Nr 142, poz. 704, z 1996 r. Nr 25, poz. 113, Nr 34, poz. 146, Nr 90, poz. 405, Nr 137, poz. 639 i Nr 147, poz. 686 oraz z 1997 r. Nr 9, poz. 44) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 16 w ust. 1 w pkt 9 po lit. b) dodaje się lit. c) w brzmieniu:

"c) odpisy dokonywane na fundusze tworzone na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.";

art. 162 skreślony

2) w art. 17 w ust. 1:

a) po pkt 4o dodaje się pkt 4p w brzmieniu:

"4p) dochody Krajowego Związku Kas Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz regionalnych i branżowych kas powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego - w części przeznaczonej na cele statutowe,"

b) po pkt 26 dodaje się pkt 27 w brzmieniu:

"27) dochody z lokat zwiększające fundusz rezerwowy Krajowego Związku Kas oraz kas regionalnych i branżowych, o którym mowa w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,"

Art. 163.

W ustawie z dnia 29 grudnia 1993 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 1994 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 87, poz. 435 i z 1996 r. Nr 5, poz. 34) w art. 9 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

"2. Ze świadczeń pracowniczych mogą być potrącane jedynie zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenie zdrowotne i należności alimentacyjne na zasadach przewidzianych w Kodeksie pracy do potrącenia tych należności z wynagrodzenia za pracę."

**pkt 2 i 3 w ust. 1 w
art. 165 skreślone**

Art. 164.

W ustawie z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 1995 r. Nr 13, poz. 59 oraz z 1996 r. Nr 64, poz. 315 i Nr 89, poz. 402) w art. 2 po ust. 3 dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

"4. Najwyższa Izba Kontroli może kontrolować pod względem legalności, gospodarności i rzetelności działalność jednostek organizacyjnych i podmiotów innych niż wymienione w ust. 1 i 2, wykonujących zadania z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego."

Art. 165.

1. Ustawa nie narusza przepisów o świadczeniach zdrowotnych udzielanych bezpłatnie przez zakłady opieki zdrowotnej bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego:

1) art. 69, ~~69a~~, 129, 134, 135 ust. 1, art. 161, 170 ust. 1 i 2, art. 193 ust. 3 i art. 206 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym

- obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1992 r. Nr 4, poz. 16, Nr 40, poz. 174 i Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 43, poz. 165, z 1996 r. Nr 7, poz. 44, Nr 10, poz. 56 i Nr 106, poz. 496 oraz z 1997 r. Nr 6, poz. 31);
- 4) art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 557 i Nr 160, poz. 1083),
- 5) art. ~~61~~ i 99 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 czerwca 1970 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz.U. z 1997 r. Nr 10, poz. 55);
- 6) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. Nr 35, poz. 230, z 1984 r. Nr 34, poz. 184, z 1987 r. Nr 33, poz. 180, z 1989 r. Nr 35, poz. 192, z 1990 r. Nr 34, poz. 198 i Nr 73, poz. 431, z 1991 r. Nr 73, poz. 321 i Nr 94, poz. 419, z 1993 r. Nr 40, poz. 184 oraz z 1996 r. Nr 127, poz. 593);
- 7) w art. 14 ust. 6 ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. Nr 75, poz. 468),
- 8) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535).
- 1a. Przez świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, rozumie się także leki wydawane na zasadach określonych *[w ustawie]* **<w ustawach>**.
2. Zachowują moc przepisy o świadczeniach zdrowotnych związanych z ciążą, porodem i pójściem.
3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 i 2, udzielane na rzecz osób nie posiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego finansowane są z budżetu państwa na zasadach i w trybie określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia.
4. Zasady i tryb finansowania z budżetu państwa kosztów świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń udzielanych na rzecz osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego określają przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz.1384).

dodane wyrazy w pkt 5 w ust. 1 w art. 165 wchodzi w życie 1.01.2004 r. (Dz.U. 2001 r. Nr 88, poz. 961 i Nr 154, poz. 1801, 2002 r. Nr 200, poz. 1689)

zmiana w pkt 1 w ust. 1 i w ust. 1a w art. 165 wchodzi w życie z dniem 1.01.2004 r. (Dz.U. z 2001 r. Nr 154, poz. 1801, 2002 r. Nr 200, poz. 1689)

Rozdział 13

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 166.

- Organy, które tworzą i utrzymują publiczne zakłady opieki zdrowotnej, przekształca je, do dnia wejścia w życie ustawy, w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej na zasadach, o których mowa w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej.
- Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Ministrów Obrony Narodowej lub Spraw Wewnętrznych i Administracji albo Sprawiedliwości bądź Transportu i Gospodarki Morskiej, może zwolnić publiczne zakłady opieki zdrowotnej, tworzone i utrzymywane przez tych ministrów lub przedsiębiorstwo państwowe „Polskie Koleje Państwowe”, z obowiązku, o którym mowa w ust. 1.

Art. 167.

1. Rada Ministrów ustanowi Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego w terminie 30 dni od dnia ogłoszenia ustawy, zwanego dalej "Pełnomocnikiem".
2. Do Pełnomocnika stosuje się przepisy art. 10 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o organizacji i trybie pracy Rady Ministrów oraz o zakresie działania ministrów (Dz.U. Nr 106, poz. 492 i Nr 156, poz. 775), z zastrzeżeniem ust. 3-6.
3. Pełnomocnik kończy swoją działalność nie później niż w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia działalności przez rady regionalnych kas chorych.
4. Rady regionalnych kas chorych, powołane zgodnie z art. 75, rozpoczynają działalność 1 września 1999 r.
5. Pełnomocnik składa Radzie Ministrów co 6 miesięcy sprawozdanie z przebiegu wdrażania w życie niniejszej ustawy.
6. Pełnomocnik tworzy Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Wprowadzenia Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego.
7. Pełnomocnik podejmuje działania konieczne do realizacji niniejszej ustawy, a w szczególności:
 - 1) sporządza plan finansowy wydatków z uwzględnieniem art.131b oraz art. 169b i przedstawia go do zatwierdzenia Radzie Ministrów,
 - 2) powołuje i odwołuje pełnomocników regionalnych kas chorych zwanych dalej „pełnomocnikami regionalnymi”,
 - 3) opracowuje wzory umów zawieranych przez kasę chorych ze świadczeniodawcami oraz wzory dokumentacji wewnętrznej kas chorych,
 - 4) organizuje system szkoleń pracowników dla tworzonych regionalnych kas chorych,
 - 5) do czasu rozpoczęcia działalności organów, o których mowa w art. 75–81 i w art. 108–117, pełni ich funkcję,
 - 6) dokonuje rejestracji kas chorych.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Pełnomocnika, w drodze rozporządzenia:
 - 1) określa liczbę, obszar działania oraz siedziby regionalnych kas chorych i ich oddziałów,
 - 2) tworzy regionalne kasy chorych oraz ich oddziały,
 - 3) nadaje statut regionalnym kasom chorych,
 - 4) ustala zakres niezbędnych danych gromadzonych przez świadczeniodawców oraz w systemach informatycznych kas chorych, a także zakres i procedury wymiany danych pomiędzy kasami chorych oraz kasami chorych a świadczeniodawcami i Urzędem Nadzoru.

Art. 167a.

1. Do zadań pełnomocnika regionalnego należy zorganizowanie regionalnej kasy chorych. W tym celu pełnomocnik regionalny, w szczególności:
 - 1) sporządza plan finansowy, z uwzględnieniem art. 131b oraz art. 169c, i przedstawia do zatwierdzenia Pełnomocnikowi,

- 2) sporządza spis osób, które podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego w danej kasie chorych,
 - 3) przedkłada Pełnomocnikowi analizę finansową planowanych przychodów i kosztów w organizowanej kasie chorych,
 - 4) składa Pełnomocnikowi kwartalne sprawozdanie ze swojej działalności,
 - 5) wypełnia zadania zarządu regionalnej kasy chorych.
2. W celu zorganizowania i przygotowania do działania regionalnej kasy chorych pełnomocnik regionalny tworzy tymczasową kasę chorych. Tymczasowa kasa chorych z dniem rejestracji przekształca się w regionalną kasę chorych.
3. Tymczasowa kasa chorych jest państwową jednostką organizacyjną, która prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych dla zakładów budżetowych.
4. Zasady wynagrodzenia pracowników zatrudnianych w tymczasowej kasie chorych ustala Pełnomocnik.
5. Majątek będący w dyspozycji tymczasowej kasy chorych staje się z dniem rejestracji własnością tej kasy chorych.
6. Pełnomocnik regionalny kończy swoją działalność w dniu pierwszego posiedzenia zarządu powołanego przez radę regionalnej kasy chorych.

ust. 3 w art. 168a
skreślony

Art. 167b.

Pracownicy zatrudnieni przez Pełnomocnika lub pełnomocnika regionalnego organizujący regionalne kasy chorych z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami właściwej regionalnej kasy chorych.

Art. 168.

Do dnia 31 grudnia 1998 r. opinie, o których mowa w art. 69c ust. 2, wydaje Pełnomocnik.

Art. 168a.

1. Osoby objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 8, stają się, z mocy niniejszej ustawy, członkami regionalnej kasy chorych właściwej dla ich miejsca zamieszkania, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do osób, które odpowiadają warunkom określonym w rozporządzeniu Rady Ministrów wydanym na podstawie art. 69c ust. 3 i do dnia 31 grudnia 1998 r. złożą pisemną deklarację członkostwa w branżowej kasie chorych. Osoby te z dniem 1 stycznia 1999 r. stają się członkami branżowej kasy chorych. Deklaracja członkostwa powinna być złożona pełnomocnikowi branżowej kasy chorych.
4. Kasa chorych od dnia rozpoczęcia działalności przejmuje finansowanie i zapewnia kontynuację świadczeń zdrowotnych zleconych ubezpieczonym przed tym dniem w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 168b.

Wniosek o zmianę członkostwa w kasie chorych może być uwzględniony nie wcześniej niż z dniem 1 stycznia 2000 r., z wyjątkiem przypadku zmiany miejsca

zamieszkania poza obszar działania kasy chorych, której ubezpieczony jest członkiem.

Art. 169.

Pełnomocnik regionalny przed dniem rozpoczęcia działalności kasy chorych zawiera na 1 rok umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 stycznia 1999 r., w szczególności:

- 1) z lekarzami, którzy posiadają uprawnienia i warunki do udzielania świadczeń oraz zgłaszają chęć zawarcia umowy, z zastrzeżeniem art. 56,
- 2) z przychodniami, poradniami i wiejskimi ośrodkami zdrowia będącymi zakładami opieki zdrowotnej, które powinny do dnia zawarcia umowy z kasą chorych przyjąć status samodzielnego zakładu, w rozumieniu przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej lub niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej,
- 3) z pielęgniarkami i położnymi, z zastrzeżeniem pkt 1.

Art. 169a.

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

Art. 169b.

Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wymagania i kryteria, jakim powinni odpowiadać świadczeniodawcy, oraz zasady i tryb zawierania umów ze świadczeniodawcami na pierwszy rok działalności kas chorych.

Art. 169c.

1. Wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowane jest z budżetu państwa w zakresie:
 - 1) działalności Pełnomocnika i biura Pełnomocnika,
 - 2) działalności pełnomocników regionalnych,
 - 3) zorganizowania i wyposażenia tymczasowych i regionalnych kas chorych i ich oddziałów,
 - 4) utworzenia systemu informacyjno-obliczeniowego w tymczasowych i regionalnych kasach chorych,
 - 5) szkolenia pracowników tymczasowych i regionalnych kas chorych,
 - 6) wynagrodzeń pracowników tymczasowych kas chorych i regionalnych kas chorych do dnia 31 grudnia 1998 r.,
 - 7) dotacji w wysokości odpowiadającej kwocie przewidywanych przychodów kas chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w okresie pierwszych 4 tygodni działalności w 1999 r., z uwzględnieniem przeprowadzenia wyrównania, o którym mowa w art. 135,

- 8) pożyczki w wysokości przewidywanych przychodów kas chorych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w okresie pierwszych 2 tygodni lutego 1999 r. z uwzględnieniem przeprowadzenia wyrównania, o którym mowa w art. 135. Pożyczka podlega zwrotowi, z zastrzeżeniem ust. 1a-1f, nie później niż do dnia 31 grudnia 1999 r. Wysokość rat oraz terminy zwrotu pożyczki określają umowy zawarte pomiędzy kasami chorych a Ministrem Finansów.
- 1a. Pożyczka, o której mowa w ust. 1 pkt 8, podlega całkowitemu umorzeniu, wraz z należnymi odsetkami, w przypadku bezzwrotnego przekazania przez kasę chorych samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, z którymi kasa chorych zawarła umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, środków na wypłatę dodatkowego wynagrodzenia rocznego za 1998 r., przysługującego pracownikom jednostek państwowej sfery budżetowej na podstawie ustawy z dnia 12 grudnia 1997 r. o dodatkowym wynagrodzeniu rocznym dla pracowników jednostek sfery budżetowej (Dz.U. Nr 160, poz. 1080 oraz z 1998 r. Nr 155, poz. 1014).
- 1b. Warunkiem umorzenia pożyczki wraz z należnymi odsetkami jest przedstawienie Ministrowi Finansów przez kasę chorych potwierdzenia dokonania wypłat przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1a, dodatkowego wynagrodzenia rocznego za 1998 r. - na podstawie dokumentów lub oświadczeń złożonych przez kierowników samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
- 1c. Do dokumentów lub oświadczeń, o których mowa w ust. 1b, potwierdzających dokonanie wypłat pracownikom samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przysługującego im dodatkowego wynagrodzenia rocznego za 1998 r. kierownicy tych zakładów dołączają oświadczenia o przejęciu przez zakład zobowiązań w przypadku powstania roszczeń pracowników z tego tytułu.
- 1d. W oświadczeniach, o których mowa w ust. 1b i 1c, podaje się łączną wysokość wypłat dodatkowego wynagrodzenia rocznego za 1998 r.
- 1e. Kasa chorych rozliczy kwotę pożyczki oraz wypłat, o których mowa w ust. 1a. Na podstawie przedstawionych przez kasy chorych rozliczeń Pełnomocnik ustali kwoty wyrównania między kasami chorych, uwzględniając wysokość otrzymanej przez poszczególne kasy chorych pożyczki i wydatków poniesionych na te wypłaty.
- 1f. Pełnomocnik dokona zmiany planów finansowych kas chorych na rok 1999, wyodrębniając w ich przychodach kwotę umorzonej pożyczki oraz dokonanego wyrównania, o którym mowa w ust. 1e, a w wydatkach - wypłaty, o których mowa w ust. 1a.
2. Do dnia 31 grudnia 1999 r. nie stosuje się przepisów art. 26 ust. 4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dokonują rozdysponowania pomiędzy kasy chorych środków finansowych pochodzących z pobranych składek na ubezpieczenie zdrowotne na podstawie planu finansowego sporządzonego przez Pełnomocnika.
3. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują środki, o których mowa w ust. 2, do właściwej kasy chorych, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne.
4. W 2000 r., w 2001 r., 2002 r. i 2003 r. pobrane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami

za zwłokę przekazywane są do kas chorych nie później niż w ciągu trzech dni roboczych od dnia ich wpływu, w formie zaliczek.

5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje do kas chorych informacje o ubezpieczonych i pobranych kwotach składek na ubezpieczenie zdrowotne i odsetek za zwłokę w ciągu pięciu dni roboczych od dnia wpływu tych składek wraz z odsetkami oraz dokumentów rozliczeniowych umożliwiających rozdzielenie składek na poszczególne kasy chorych.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania wysokości zaliczek, o których mowa w ust. 4, oraz tryb i terminy ich rozliczania.

Art. 169d.

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

Art. 169e.

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

Art. 169f.

Do dnia wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia, o której mowa w art. 18, dowodem ubezpieczenia jest każdy dokument, który do dnia 31 grudnia 1998 r. potwierdzał uprawnienia do świadczeń, oraz książeczka rejestru usług medycznych, z zastrzeżeniem art. 169j.

Art. 169g.

1. W przypadku gdy w 1999 r., w 2000 r. i w 2001 r. składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 24 ust. 1-8, zgodnie z przepisami art. 19-22, jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy, o której mowa w art. 30 ust. 1, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.
2. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:
 - 1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy, o której mowa w art. 30 ust. 1 pkt 1, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek,
 - 1a) przychód wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 33 ustawy, o której mowa w art. 30 ust. 1 pkt 1, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w odniesieniu do ubezpieczonych, o których mowa w art. 8 pkt 1,

- 2) kwota stanowiąca równowartość ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy, przysługująca na podstawie odrębnych przepisów osobom, o których mowa w art. 18 ust. 12 ustawy, wymienionej w art. 7 pkt 18, składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 19-22; w tym przypadku ust. 1 nie ma zastosowania.
3. Płatnik składek przekazuje, w terminie, o którym mowa w art. 26 ust. 1, do właściwej kasy chorych zestawienie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobranych z uwzględnieniem obniżenia, określonego w ust. 1, zawierające informację o wysokości tych składek, jeżeli były ustalane zgodnie z przepisami rozdziału 3.
4. Zestawienie, o którym mowa w ust. 2, powinno zawierać ponadto: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL, numer NIP ubezpieczonego, a w przypadku braku tych numerów rodzaj i numer dowodu tożsamości, nazwę, adres siedziby, numer NIP oraz numer REGON płatnika składek.

Art. 169h.

Zgłoszenie, określone w art. 16 ust. 11, kierowane do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, nie zawierające danych dotyczących drugiego imienia, nazwiska rodzowego oraz płci jest ważne pod warunkiem uzupełnienia zgłoszenia o te dane do dnia 31 grudnia 1999 r.

Art. 169i.

1. W 2000 r. kasie chorych na jej wniosek udziela się pożyczki z budżetu państwa zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2-11.
2. Pożyczka może być udzielona do wysokości kwoty stanowiącej różnicę między ujętą w planie finansowym na 1999 r. kwotą przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, z uwzględnieniem wyrównania, o którym mowa w art. 135, a kwotą przychodów zrealizowanych z tego tytułu za ten rok na dzień 31 grudnia 1999 r.
3. Pożyczka jest udzielana na okres nie dłuższy niż 5 lat.
4. Łączna kwota pożyczek udzielonych wszystkim kasom chorych nie może przekroczyć 1 000 000 tys. zł.
5. Kasa chorych składa wniosek o udzielenie pożyczki do Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, nie później niż do dnia 31 stycznia 2000 r.
6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5, zawiera:
 - 1) oznaczenie kasy chorych,
 - 2) datę sporządzenia wniosku,
 - 3) wysokość wnioskowanej kwoty pożyczki,
 - 4) propozycję sposobu zwrotu pożyczki,
 - 5) informację kasy chorych o łącznej kwocie składek przekazanych w 1999 r. z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
 - 6) informację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o łącznej kwocie składek przekazanych w 1999 r. kasie chorych,

- 7) podpisy członków zarządu kasy chorych,
 - 8) uchwałę rady kasy chorych w sprawie pożyczki z budżetu państwa.
7. Jeżeli łączna kwota pożyczek, o które występują kasy chorych, przekracza kwotę, o której mowa w ust. 4, Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych zmniejsza kwoty poszczególnych pożyczek proporcjonalnie do wysokości kwot, o które wystąpiły kasy chorych.
 8. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych przekazuje wnioski kas chorych o udzielenie pożyczek ministrowi właściwemu do spraw budżetu.
 9. Pożyczka jest udzielana kasie chorych nie później niż w terminie 14 dni od dnia przekazania wniosku przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.
 10. Umowa zawarta pomiędzy kasą chorych a ministrem właściwym do spraw budżetu określa w szczególności oprocentowanie pożyczki i wysokość rat oraz termin zwrotu pożyczki, z uwzględnieniem możliwości wcześniejszego jej zwrotu.
 11. Kasy chorych zwracają pożyczkę w pierwszej kolejności z przychodów, o których mowa w ust. 2, uzyskanych po dniu 31 grudnia 1999 r.

Art. 169j.

W przypadku emerytów i rencistów dokumentem, o którym mowa w art. 169f, jest dowód potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg bankowy.

Art. 170.

Tracą moc w zakresie uregulowanym ustawą przepisy:

- 1) art. 133 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 1992 r. Nr 4, poz. 16, Nr 40, poz. 174 i Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 43, poz. 165, z 1996 r. Nr 7, poz. 44, Nr 10, poz. 56 i Nr 106, poz. 496 oraz z 1997 r. Nr 6, poz. 31),
- [2) art. 61 ustawy z dnia 30 czerwca 1970 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz.U. z 1997 r. Nr 10, poz. 55),]*
- 3) art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 września 1973 r. o zaopatrzeniu emerytalnym twórców i ich rodzin (Dz.U. z 1983 r. Nr 31, poz. 145, z 1986 r. Nr 42, poz. 202, z 1989 r. Nr 35, poz. 190, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461),
- 4) art. 13 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 1983 r. Nr 13, poz. 68, z 1990 r. Nr 34, poz. 198, Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1992 r. Nr 21, poz. 84, z 1993 r. Nr 129, poz. 602, z 1994 r. Nr 10, poz. 37, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 138, poz. 681 oraz z 1996 r. Nr 136, poz. 636),
- 5) art. 6 ust. 1 pkt 1 i art. 8 ustawy z dnia 19 grudnia 1975 r. o ubezpieczeniu społecznym osób wykonujących pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia (Dz.U. z 1995 r. Nr 65, poz. 333 i Nr 128, poz. 617 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461),
- 6) art. 3 ust. 1 pkt 1 oraz art. 5 dekretu z dnia 4 marca 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek

**pkt 2 w art. 170
skreślony z dn.
1.01.2004 r. (Dz.U.
2001 r. Nr 88, poz.
961 i Nr 154, poz.
1801, 2002 r. Nr 200,
poz. 1689)**

- rolniczych oraz ich rodzin (Dz.U. z 1983 r. Nr 27, poz. 135, z 1989 r. Nr 35, poz. 190, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461),
- 7) art. 5 pkt 1 oraz art. 6 ustawy z dnia 18 grudnia 1976 r. o ubezpieczeniu społecznym osób prowadzących działalność gospodarczą oraz ich rodzin (Dz.U. z 1989 r. Nr 46, poz. 250, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450 i Nr 110, poz. 474, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461 i Nr 124, poz. 585),
- 8) art. 24 ustawy z dnia 26 maja 1982 r. - Prawo o advokaturze (Dz.U. Nr 16, poz. 124 i Nr 25, poz. 187, z 1983 r. Nr 5, poz. 33, z 1986 r. Nr 42, poz. 202, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 77, poz. 367),
- 10) art. 1 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 1 lutego 1983 r. o zaopatrzeniu emerytalnym górników i ich rodzin (Dz.U. z 1995 r. Nr 30, poz. 154),
- 11) art. 36 ustawy z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz.U. Nr 73, poz. 350 i Nr 137, poz. 638),
- 12) art. 22 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 29, poz. 154, z 1990 r. Nr 51, poz. 297, Nr 55, poz. 321 i Nr 86, poz. 504, z 1991 r. Nr 95, poz. 425 i Nr 107, poz. 459, z 1993 r. Nr 7, poz. 34 oraz z 1994 r. Nr 1, poz. 3),
- 13) art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 8 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o ubezpieczeniu społecznym duchownych (Dz.U. Nr 29, poz. 156, z 1990 r. Nr 36, poz. 206, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 461);
- 14) art. 23 ustawy z dnia 22 marca 1990 r. o pracownikach samorządowych (Dz.U. Nr 21, poz. 124 i Nr 43, poz. 253, z 1994 r. Nr 98, poz. 471 oraz z 1997 r. Nr 9, poz. 43),
- 15) art. 75 i 76 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz.U. Nr 30, poz. 179, z 1991 r. Nr 94, poz. 422 i Nr 107, poz. 461, z 1992 r. Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 53, poz. 214, z 1995 r. Nr 4, poz. 17, Nr 34, poz. 163 i Nr 104, poz. 515 oraz z 1996 r. Nr 59, poz. 269 i Nr 106, poz. 496)),
- 16) art. 62 i 63 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Urzędzie Ochrony Państwa (Dz.U. Nr 30, poz. 180, z 1991 r. Nr 94, poz. 422 i Nr 107, poz. 461, z 1992 r. Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 53, poz. 214, z 1995 r. Nr 4, poz. 17, Nr 34, poz. 163 i Nr 104, poz. 515 oraz z 1996 r. Nr 59, poz. 269, Nr 106, poz. 496 i Nr 156, poz. 775),
- 17) art. 112 ust. 1 i art. 154 ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 65, poz. 385, z 1992 r. Nr 54, poz. 254 i Nr 63, poz. 314, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, Nr 43, poz. 163, Nr 105, poz. 509 i Nr 121, poz. 591 oraz z 1996 r. Nr 5, poz. 34 i Nr 24, poz. 110),
- 18) art. 79 i 80 ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz.U. Nr 78, poz. 462, z 1991 r. Nr 94, poz. 422, z 1992 r. Nr 54, poz. 254, z 1993 r. Nr 12, poz. 52, z 1994 r. Nr 53, poz. 214, z 1995 r. Nr 4, poz. 17, Nr 34, poz. 163 i Nr 104, poz. 515 oraz z 1996 r. Nr 106, poz. 496 i Nr 124, poz. 583),

**pkt 9 w art. 170
skreślony**

- 19) art. 22 i art. 30 ustawy z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 1993 r. Nr 13, poz. 60, z 1994 r. Nr 62, poz. 265 oraz z 1996 r. Nr 100, poz. 459 i Nr 147, poz. 687),
- 20) art. 53 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 1993 r. Nr 71, poz. 342, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 oraz z 1996 r. Nr 124, poz. 585, Nr 136, poz. 636 i Nr 155, poz. 771),
- 21) art. 12 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. Nr 17, poz. 75, z 1991 r. Nr 104, poz. 450, z 1992 r. Nr 21, poz. 85, z 1993 r. Nr 29, poz. 133, Nr 129, poz. 602 i Nr 134, poz. 645, z 1994 r. Nr 99, poz. 482, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 138, poz. 681 oraz z 1997 r. Nr 15, poz. 83),
- 22) art. 24 ustawy z dnia 14 lutego 1991 r. - Prawo o notariacie (Dz.U. Nr 22, poz. 91),
- 23) art. 6 ust. 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1991 r. o Krajowej Szkole Administracji Publicznej (Dz.U. Nr 63, poz. 266 i Nr 104, poz. 450 oraz z 1996 r. Nr 106, poz. 496),
- 24) art. 65 i 66 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o Państwowej Straży Pożarnej (Dz.U. Nr 88, poz. 400, z 1992 r. Nr 21, poz. 86 i Nr 54, poz. 254, z 1994 r. Nr 53, poz. 214, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i Nr 34, poz. 163 oraz z 1996 r. Nr 106, poz. 496 i Nr 152, poz. 723),
- 25) art. 92 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329 i Nr 106, poz. 496),
- 26) art. 2 pkt 2 lit. a) i art. 28 ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych i ich rodzin (Dz.U. z 1994 r. Nr 10, poz. 36, z 1995 r. Nr 4, poz. 17 i z 1996 r. Nr 1, poz. 1),
- 27) art. 2 pkt. 2 lit. a) i art. 28 ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Urzędu Ochrony Państwa, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz.U. Nr 53, poz. 214 oraz z 1995 r. Nr 4, poz. 17),
- 28) art. 31 ust. 1 pkt 2, ust. 2 i 3 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz.U. z 1997 r. Nr 25, poz. 128),
- 29) art. 46 ustawy z dnia 6 lipca 1995 r. o przedsiębiorstwie państwowym "Polskie Koleje Państwowe" (Dz.U. Nr 95, poz. 474 i z 1996 r. Nr 147, poz. 687),
- 30) art. 73 ustawy z dnia 26 kwietnia 1996 r. o Służbie Więziennej (Dz.U. Nr 61, poz. 283 i Nr 106, poz. 496),
- 31) art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 4 lipca 1991 r. o stosunku Państwa do Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego (Dz.U. Nr 66, poz. 287 i Nr 95, poz. 425, z 1993 r. Nr 7, poz. 34, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, z 1997 r. Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),
- 32) art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 13 maja 1994 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 73, poz. 323, z 1997 r. Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),
- 33) art. 14 ust. 3 ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o stosunku Państwa do Kościoła Ewangelicko-Metodystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. Nr 97, poz. 479, z 1997 r. Nr 90, poz. 557 oraz z 1998 r. Nr 59, poz. 375 i Nr 106, poz. 668),

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

Art. 171.

Tracą moc:

- 1) ustawa z dnia 28 marca 1933 r. o ubezpieczeniu społecznym (Dz.U. Nr 51, poz. 396, z 1934 r. Nr 95, poz. 855, z 1936 r. Nr 3, poz. 24, z 1938 r. Nr 3, poz. 15, Nr 26, poz. 227 i Nr 29, poz. 258, z 1939 r. Nr 71, poz. 476, z 1944 r. Nr 4, poz. 19, Nr 5, poz. 24 i Nr 9, poz. 44, z 1945 r. Nr 43, poz. 240, z 1946 r. Nr 4, poz. 28 i Nr 6, poz. 57, z 1947 r. Nr 2, poz. 4 i Nr 66, poz. 413, z 1948 r. Nr 27, poz. 183, z 1949 r. Nr 18, poz. 109, z 1950 r. Nr 36, poz. 333 i 334 i Nr 44, poz. 407, z 1951 r. Nr 17, poz. 138, Nr 41, poz. 313 i Nr 67, poz. 466, z 1954 r. Nr 22, poz. 78 i Nr 30, poz. 116, z 1958 r. Nr 35, poz. 154, z 1968 r. Nr 3, poz. 6 i 12, z 1972 r. Nr 27, poz. 190 i 191, z 1974 r. Nr 47, poz. 280 i z 1991 r. Nr 94, poz. 422),
- 2) ustawa z dnia 27 września 1991 r. o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne (Dz.U. Nr 94, poz. 422, z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z 1995 r. Nr 138, poz. 684 i z 1996 r. Nr 139, poz. 646).

Art. 172.

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 1999 r. z wyjątkiem art. 167 i 168, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.