

USTAWA
z dnia 20 lipca 2001 r.

o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
oraz niektórych innych ustaw

Opracowano na podstawie: Dz.U. z 2001 r. Nr 88, poz. 961, Nr 154, poz. 1796 i 1801, z 2002 r. Nr 200, poz. 1689.

Art. 1.

W ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, 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 i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64 i Nr 52, poz. 539) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 1a:

a) pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy i kasy chorych,”,

b) w pkt 7 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) gwarancji państwa.”;

2) art. 2 otrzymuje brzmienie:

„Art. 2. 1. Ubezpieczonymi na podstawie przepisów ustawy są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej z prawem do pracy, 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. 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 studiują 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.”;

3) w art. 4:

- a) w ust. 3 skreśla się wyrazy „oraz nie przekraczać granic koniecznej potrzeby”,
- b) w ust. 4 wyrazy „w art. 2 pkt 1 i 2” zastępuje się wyrazami „w art. 2 ust. 1 i 2”,
- c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„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.”,

d) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„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.”,

e) po ust. 8 dodaje się ust. 9 i 10 w brzmieniu:

„9. Kasa chorych może realizować zlecone i finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia zadania z zakresu ochrony zdrowia.

10. Zakres i zasady finansowania oraz tryb realizowania zadań, o których mowa w ust. 9, określa umowa pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia i kasą chorych.”;

4) w art. 7:

- a) po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

- „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),”
- b) po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:
- „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),”
- c) pkt 4 otrzymuje brzmienie:
- „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),”
- d) po pkt 9a dodaje się pkt 9b w brzmieniu:
- „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,”
- e) w pkt 13 wyrazy „Ministra Pracy i Polityki Socjalnej” zastępuje się wyrazami „ministra właściwego do spraw pracy” oraz wyrazy „w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”” zastępuje się wyrazami „w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej”,
- f) w pkt 14 po wyrazach „w odrębnych przepisach” dodaje się wyrazy „oraz osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy”,
- g) w pkt 21:
- w zdaniu wstępnym wyrazy „pozostające na wyłącznym utrzymaniu ubezpieczonego opłacającego składkę” zastępuje się wyrazami „niepodlegające ubezpieczeniu z innego tytułu”,
 - w lit. c) skreśla się wyrazy „i nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia”,
- h) pkt 22 otrzymuje brzmienie:
- „22) kasie chorych bez bliższego oznaczenia - rozumie się przez to każdą kasę chorych,”
- i) w pkt 23 po wyrazie „oraz” dodaje się wyrazy „grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych,”
- j) w pkt 25 wyrazy „Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, o którym mowa w art. 151-151f” zastępuje się wyrazami „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)”,

k) pkt 27 otrzymuje brzmienie:

„27) poziomie referencyjnym szpitali i oddziałów - rozumie się przez to ich podział w zależności od zakresu, rodzaju i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.”;

5) w art. 8:

a) skreśla się pkt 2,

b) po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

„3a) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu.”,

c) w pkt 8 po wyrazie „senatorowie” dodaje się wyrazy „pobierający uposażenie poselskie albo senatorskie”;

d) w pkt 10 po wyrazach „uposażenie po zwolnieniu ze służby” dodaje się wyrazy „lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze”;

e) pkt 11 otrzymuje brzmienie:

„11) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty oraz dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze, niepodlegający ubezpieczeniu z innego tytułu.”,

f) po pkt 11 dodaje się pkt 11a w brzmieniu:

„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.”,

g) w pkt 12 wyrazy „nie pozostający na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu” zastępuje się wyrazami „niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 2 ust. 2 pkt 3”;

h) po pkt 12 dodaje się pkt 12a w brzmieniu:

„12a) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedniki.”,

i) w pkt 16 po wyrazach „świadczenie przedemerytalne” dodaje się wyrazy „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)”;

j) po pkt 17 dodaje się pkt 17a w brzmieniu:

„17a) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności, nieobjęte ubezpieczeniem z innego tytułu.”,

k) w pkt 19 wyrazy „nie pozostające na wyłącznym utrzymaniu osoby podlegającej ubezpieczeniu” zastępuje się wyrazami „niepodlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu”,

l) po pkt 19 dodaje się pkt 19a w brzmieniu:

„19a) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu, jeżeli nie są objęte obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu,”

ł) skreśla się pkt 21,

m) po pkt 21 dodaje się pkt 22 w brzmieniu:

„22) pozostający na wyłącznym utrzymaniu i niepodlegający ubezpieczeniu z innego tytułu członkowie rodzin żołnierzy zawodowych oraz żołnierzy odbywających służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową.”;

6) w art. 8a:

a) skreśla się ust. 6,

b) po ust. 7 dodaje się ust. 8 i 9 w brzmieniu:

„8. Członek rodziny, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, może być zgłoszony tylko w jednej kasie chorych.

9. W przypadku zgłoszenia członka rodziny, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, w więcej niż jednej kasie chorych ważne jest zgłoszenie dokonane jako ostatnie. Przepis art. 16 ust. 13 stosuje się odpowiednio.”;

7) w art. 9:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

8) art. 10 otrzymuje brzmienie:

„Art. 10. W kasach chorych nie mogą ubezpieczać się cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej, z zastrzeżeniem art. 2.”;

9) w art. 11:

- a) po wyrazie „rolników” dodaje się przecinek i wyrazy „z zastrzeżeniem ust. 2”,
- b) dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 oraz dodaje się ust. 2 i 3 w brzmieniu:
 - „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.”;

10) w art. 14 w ust. 2 po wyrazach „uposażenie po zwolnieniu ze służby” dodaje się wyrazy „lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze”;

11) w art. 15:

- a) w pkt 2 wyrazy „opiekuńczo-wychowawczej, resocjalizacyjnej” zastępuje się wyrazami „pełniącej funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze”,
- b) po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:
 - „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.”,
- c) po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:
 - „3a) osób wymienionych w art. 8 pkt 12a - powstaje z dniem przyjęcia do wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub do postulatatu albo jego odpowiedników, a wygasa z dniem ukończenia 25 roku życia albo wystąpienia z wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub zakonu albo jego odpowiedników.”,
- d) w pkt 6 po wyrazie „pobierania” dodaje się przecinek i wyrazy „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”,
- e) po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:
 - „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.”,

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

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

g) skreśla się pkt 10,

h) po pkt 10 dodaje się pkt 11 w brzmieniu:

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

12) w art. 16:

a) w ust. 1 po wyrazach „z zastrzeżeniem ust. 11” dodaje się wyrazy „i art. 25 ust. 5 i 6”;

b) w ust. 3 wyrazy „lub inna właściwa instytucja emerytalno-rentowa” zastępuje się wyrazami „, inna właściwa instytucja emerytalno-rentowa lub bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy” oraz dodaje się zdanie drugie w brzmieniu:

„Osoby pobierające uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, a także osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze zgłasza do ubezpieczenia wypłacający uposażenie lub świadczenie.”;

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

d) po ust. 4 dodaje się ust. 4a i 4b w brzmieniu:

„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.”;

e) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

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

f) po ust. 8 dodaje się ust. 8a i 8b w brzmieniu:

„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.”;

g) po ust. 9 dodaje się ust. 9a w brzmieniu:

„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.”,

h) w ust. 10 wyrazy „ust. 1-9” zastępuje się wyrazami „ust. 1-9a”,

i) ust. 12 i 13 otrzymują brzmienie:

„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.”,

j) po ust. 13 dodaje się ust. 14 i 15 w brzmieniu:

„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.”;

13) w art. 18:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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”.”,

b) w ust. 4 w pkt 3 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 4 i 5 w brzmieniu:

- „4) datę objęcia ubezpieczeniem,
- 5) rodzaj uprawnień dodatkowych, o których mowa w art. 141a ust. 2 pkt 9.”,

c) po ust. 6 dodaje się ust. 6a i 6b w brzmieniu:

„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.”,

- d) w ust. 7 wyrazy „formy karty ubezpieczenia” zastępuje się wyrazami „formy i wzory oraz sposób zgłaszania wydanych kart ubezpieczenia do centralnej bazy ubezpieczonych”;

14) w art. 19:

- a) wyrazy „7,75%” zastępuje się wyrazami „9%”,
- b) wyrazy „art. 20 i art. 169g” zastępuje się wyrazami „art. 20, 22a i 169g”;

15) w art. 20 po ust. 6 dodaje się ust. 7 w brzmieniu:

„7. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób wymienionych w art. 8 pkt 22 ustalana jest w wysokości wynikającej z art. 19 od podstawy wymiaru składki, jaką należałoby zgodnie z ust. 1 pobrać i odprowadzić za żołnierza zawodowego lub żołnierza odbywającego służbę okresową lub nadterminową zasadniczą służbę wojskową.”;

16) w art. 21:

- a) w ust. 2 po wyrazach „2c” dodaje się przecinek i wyrazy „2d”,
- b) w ust. 2c po wyrazie „chorobowe” dodaje się wyrazy „finansowanych przez ubezpieczonych niebędących płatnikami składek”,
- c) po ust. 2c dodaje się ust. 2d w brzmieniu:

„2d. Podstawę wymiaru składek dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej pełniących służbę kandydacką stanowi kwota odpowiadająca wysokości najniższego wynagrodzenia.”,

d) w ust. 3:

- w pkt 2 po wyrazach „ryczałtu energetycznego” dodaje się przecinek i wyrazy „ekwiwalentu pieniężnego z tytułu prawa do bezpłatnego węgla oraz deputatu węglowego albo kwota uposażenia pobieranego w stanie spoczynku lub uposażenia rodzinnego, kwota uposażenia pobieranego po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężnego o takim samym charakterze”,
- w pkt 3 wyrazy „art. 8 pkt 11 i 12” zastępuje się wyrazami „art. 8 pkt 11-12”,
- w pkt 6 po wyrazach „świadczenia przedemerytalnego” dodaje się przecinek i wyrazy „a w przypadku niepobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego - kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej”,
- w pkt 8 wyrazy „art. 8 pkt 18” zastępuje się wyrazami „art. 8 pkt 17a i 18”,

- w pkt 9 po wyrazach „zasiłku wychowawczego” dodaje się przecinek i wyrazy „a w przypadku niepobierania zasiłku - kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej”,
- pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) osób wymienionych w art. 8 pkt 19a - jest kwota odpowiadająca kwocie alimentów nie wyższej jednak od wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej.”,

- e) w ust. 3a po wyrazach „art. 8 pkt 1 lit. f)” dodaje się wyrazy „oraz pkt 12a”,
- f) w ust. 4 po wyrazach „tryb ich opłacania” dodaje się przecinek i wyrazy „z uwzględnieniem okresu opłacania składek ustalonego w art. 25 ust. 5”;

17) art. 22 otrzymuje brzmienie:

„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 wysoko-

ści 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.”;

18) po art. 22 dodaje się art. 22a w brzmieniu:

„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.”;

19) w art. 24:

- a) w ust. 1 skreśla się wyrazy „ , pobierającą uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne albo uposażenie po zwolnieniu ze służby”;

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

„1a. Za funkcjonariuszy, o których mowa w art. 21 ust. 2d, składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza szkoła Państwowej Straży Pożarnej.”,

c) w ust. 6 wyrazy „albo inna instytucja emerytalno-rentowa wypłacająca emeryturę lub rentę” zastępuje się wyrazami „, inna instytucja emerytalno-rentowa wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy”,

d) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. Za osobę pobierającą uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza wypłacający to uposażenie lub świadczenie.”,

e) po ust. 10 dodaje się ust. 11 w brzmieniu:

„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.”;

20) w art. 25:

a) w ust. 1:

- w pkt 1 po wyrazach „działy specjalne” dodaje się wyrazy „produkcji rolnej”, a wyrazy „z zastrzeżeniem art. 16 ust. 9” zastępuje się wyrazami „z zastrzeżeniem ust. 5 i 6 oraz art. 16 ust. 9”,
- w pkt 2 po wyrazie „zasiłku” dodaje się wyrazy „oraz osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn, o których mowa w art. 8 pkt 16,”,
- w pkt 3 wyrazy „osób pobierających zasiłek wychowawczy” zastępuje się wyrazami „osób korzystających z urlopu wychowawczego”,
- po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) osób, o których mowa w art. 8 pkt 17a, opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności,”,
- w pkt 5 wyrazy „opiekuńczo-wychowawczej, resocjalizacyjnej” zastępuje się wyrazami „pełniącej funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze”,
- po pkt 5 dodaje się pkt 5a i 5b w brzmieniu:

„5a) dzieci, o których mowa w art. 8 pkt 11a, opłaca ośrodek pomocy społecznej,

5b) osób, o których mowa w art. 8 pkt 19a, opłaca ośrodek pomocy społecznej,”,
- po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:

„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,”

b) w ust. 3 po wyrazach „ubezpieczenie zdrowotne duchownych” dodaje się wyrazy „oraz alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantów, nowicjuszy i juniorystów i ich odpowiedników”,

c) po ust. 4 dodaje się ust. 5 i 6 w brzmieniu:

„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.”;

21) w art. 26:

a) w ust. 3:

- w pkt 1 wyrazy „pkt 2-19 i 21” zastępuje się wyrazami „pkt 2-19a i 22”,
- w pkt 3 wyrazy „pkt 2-7 i 10” zastępuje się wyrazami „pkt 2-7, 10 i 22”,

b) w ust. 4 skreśla się wyrazy „Zakład Ubezpieczeń Społecznych i”, a wyraz „przekazują” zastępuje się wyrazem „przekazuje”,

c) po ust. 4 dodaje się ust. 4a-4c w brzmieniu:

„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.

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 poszczególne 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.”

d) po ust. 5 dodaje się ust. 5a i 5b w brzmieniu:

„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.”;

22) art. 26a otrzymuje brzmienie:

„Art. 26a. Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w wysokości 0,5% oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,25% kwoty tej części składek przekazanych do kas chorych, które przypisane są do konkretnego ubezpieczonego.”;

23) po art. 26a dodaje się art. 26b w brzmieniu:

„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.”;

24) w art. 29 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zwrot nadpłaconej składki następuje na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.”;

25) w art. 30:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Składka na powszechne ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu:

- 1) od podatku dochodowego od osób fizycznych – na zasadach określonych w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 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).”;

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

26) w art. 31 w ust. 2:

- a) w pkt 6 po wyrazie „połogu” dodaje się wyrazy „i karmienia piersią niemowląt”, a po wyrazie „noworodkiem” dodaje się wyrazy „oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia”,

- b) w pkt 11 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 12 w brzmieniu:

„12) świadczenia w środowisku nauczania i wychowania.”;

27) w art. 31a w ust. 1 w pkt 6, w art. 31b w ust. 2 w pkt 1, w art. 69c w ust. 2, w art. 78 w ust. 3, w art. 151 w ust. 2 i 3 oraz w art. 165 w ust. 3 użyte w różnych przypadkach wyrazy „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej” zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach wyrazami „minister właściwy do spraw zdrowia”;

28) w art. 31a:

- a) w ust. 1:

- w pkt 2 po wyrazach „kontynuowaniem nauki” dodaje się przecinek i wyrazy „w tym w placówkach, o których mowa w art. 8 pkt 11”,

- pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) szczepienia ochronne inne niż wynikające z odrębnych przepisów, z zastrzeżeniem ust. 1a,”

- pkt 7 otrzymuje brzmienie:

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

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

„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.”

- c) w ust. 2 zdanie trzecie otrzymuje brzmienie:

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

- d) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Ubezpieczony skierowany do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego ponosi odpłatność za pobyt i wyżywienie, ustaloną na podstawie odrębnych przepisów.”

- e) po ust. 3 dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„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.”;

29) w art. 31a w ust. 2, w art. 31c w ust. 4, w art. 37 w ust. 5, w art. 38 w ust. 6 i 7, w art. 39 w ust. 2, w art. 48 w ust. 5 i 6, w art. 55a w ust. 2, w art. 59 w ust. 3, w art. 59a w ust. 8, w art. 166 w ust. 2 oraz w art. 167 w ust. 8 użyte w różnych przypadkach wyrazy „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej” zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach wyrazami „Minister właściwy do spraw zdrowia”;

30) w art. 31b:

a) w ust. 1:

- pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„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,”

- w pkt 5 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej u dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia, uprawiających sport amatorski.”,

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

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, 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.”;

31) w art. 31c:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

- „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.”,

b) skreśla się ust. 3,

c) w ust. 4 po wyrazie „szpitali” dodaje się wyrazy „i oddziałów”;

32) w art. 31e:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

- „1. Ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 1a.”,

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

- „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.”,

c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

- „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.”,

d) po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

- „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.”;

33) art. 31f otrzymuje brzmienie:

- „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.”;

34) po art. 31f dodaje się art. 31g w brzmieniu:

„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.”;

35) w art. 36 po wyrazach „materiały medyczne” dodaje się wyrazy „niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych”;

36) w art. 37:

a) w ust. 1 wyrazy „Ministrom Obrony Narodowej oraz Spraw Wewnętrznych i Administracji” zastępuje się wyrazami „Ministrowi Obrony Narodowej oraz ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych” i skreśla się wyrazy „, a także aptekach zakładowych przedsiębiorstwa państwowego „Polskie Koleje Państwowe” ”,

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

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

37) w art. 39:

a) w ust. 1 po wyrazie „leki” dodaje się przecinek i wyrazy „artykuły sanitarne”;

b) w ust. 2 po wyrazie „leków” dodaje się przecinek i wyrazy „artykułów sanitarnych”;

38) art. 43 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

39) w art. 44:

a) w ust. 2 po wyrazach „w leki” dodaje się wyrazy „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●>>”,

b) w ust. 3 dodaje się zdanie drugie w brzmieniu:

„Osoba realizująca recepty obowiązana jest okazać dokument osoby uprawnionej potwierdzający jej uprawnienie.”,

c) po ust. 3 dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„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.”;

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

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

41) art. 47 otrzymuje brzmienie:

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

2. Inwalidom wojennym i wojskowym przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

3. 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 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.”;

42) w art. 50 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

43) w art. 51:

a) w ust. 1 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„W przypadku:

- 1) nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia,
- 2) stanu zagrożenia życia,
- 3) porodu

karta może zostać przedstawiona w terminie późniejszym, nie dłuższym niż 30 dni, na zasadach określonych w statucie kasy chorych.”;

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

44) w art. 53:

a) w ust. 1 dodaje się zdanie drugie i trzecie w brzmieniu:

„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.”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

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

„2a. Określenie warunków, o których mowa w ust. 2, powinno nastąpić nie później niż na 2 miesiące przed przeprowadzeniem konkursu ofert przez kasę chorych.”;

d) w ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) zasady zrównoważenia kosztów z przychodami,”;

45) w art. 54:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 3-6 w brzmieniu:

„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.”;

46) w art. 54a skreśla się wyrazy „oraz usług transportu sanitarnego”;

47) po art. 54a dodaje się art. 54b w brzmieniu:

„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).”;

48) w art. 55a:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„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.”,

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

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

c) w ust. 2 po wyrazach „powinien odpowiadać” dodaje się wyraz „minimalny”;

49) w art. 57 po wyrazach „zakładach opieki zdrowotnej” dodaje się wyrazy „, a także niemającymi statusu samodzielności publicznymi zakładami opieki zdrowotnej funkcjonującymi w formie zakładów budżetowych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej”;

50) w art. 58:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„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.”,

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

„1a. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje całość specjalistycznych świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem schorzenia, które było podstawą jego wystawienia.”,

c) w ust. 3 skreśla się wyrazy „lekarza ubezpieczenia zdrowotnego”;

51) w art. 59:

a) w ust. 2:

- w pkt 1 po wyrazach "oraz leków" dodaje się wyrazy ", artykułów sanitarnych",
- pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) przekazywać kasie chorych informacje zawarte w treści poszczególnych zrealizowanych recept na refundowane leki i materiały medyczne.”,

b) w ust. 3 wyrazy „o obrocie, o którym” zastępuje się wyrazami „, o których”;

52) w art. 59a w ust. 7 po wyrazie „odsetki” dodaje się wyrazy „w wysokości określonej zgodnie z ust. 3 pkt 4”;

53) po art. 59a dodaje się art. 59b w brzmieniu:

„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.”;

54) w art. 60:

a) w ust. 1:

- w pkt 1 wyrazy „lub lekarza rodzinnego” zastępuje się wyrazami „oraz lekarza stomatologa”, a wyraz „współpracujących” zastępuje się wyrazami „posiadających umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych”,
- w pkt 2 wyraz „współpracujących” zastępuje się wyrazami „posiadających umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych”,

b) w ust. 2 skreśla się wyrazy „lub lekarza rodzinnego”,

c) po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„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.”;

55) w art. 61 po ust. 2 dodaje się ust. 2a i 2b w brzmieniu:

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

2b. W razie potrzeby kontrola jakości i zasadności wykonywania świadczeń diagnostycznych i leczniczych jest zlecana przez kasę chorych konsultantowi wojewódzkiemu z właściwej dziedziny medycyny.”;

56) w art. 62:

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

„1a. W razie zameldowania ubezpieczonego na pobyt czasowy poza obszarem działania właściwej kasy chorych świadczeń udziela świadczeniodawca, z którym kasa chorych właściwa ze względu na miejsce czasowego zameldowania ubezpieczonego zawarła umowę o udzielanie świadczeń.”;

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

57) w art. 69c:

a) w ust. 2 wyrazy „Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych” zastępuje się wyrazami „Urzędu Nadzoru”;

b) skreśla się ust. 4;

58) w art. 72 w pkt 7 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„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.”;

59) w art. 73 w ust. 1 w pkt 10 skreśla się wyrazy „oraz komisji skarg i wniosków”;

60) w art. 75 w ust. 4 po wyrazach „na udzielanie świadczeń,” dodaje się wyrazy „członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego”;

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

62) w art. 81:

a) skreśla się ust. 2,

b) w ust. 3 skreśla się wyrazy „i 2”, a po wyrazie „przekraczać” dodaje się wyraz „miesięcznie”;

63) w art. 83 w ust. 2 w pkt 2 przecinek zastępuje się kropką i skreśla się pkt 3;

64) po rozdziale 6 dodaje się rozdział 6a w brzmieniu:

„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. Uchwałę 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. Uchwała 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:

- 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 wpisanie 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.”;

65) w art. 127 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) należne składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego,”;

66) w art. 128 w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„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,”;

67) w art. 130:

a) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„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.”,

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

„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.”;

68) w art. 131:

a) w ust. 1 po wyrazach „ubezpieczenie zdrowotne” dodaje się wyrazy „po uwzględnieniu kwoty wyrównania finansowego, o którym mowa w art. 135”,

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

„1a. Przychody, o których mowa w art. 127 pkt 2, mogą zasilać fundusz rezerwowy do wysokości określonej w ust. 4.”,

- c) w ust. 2 w pkt 2 wyrazy „więcej niż 15% środków funduszu rezerwowego” zastępuje się wyrazami „w skali roku więcej niż 25% utworzonego funduszu rezerwowego”;

69) w art. 131b:

- a) w ust. 1 wyrazy „wpływów i wydatków” zastępuje się wyrazami „przychodów i kosztów”,

- b) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. W przypadku utraty płynności finansowej przez regionalną kasę chorych sejmik województwa, na którego obszarze działa ta kasa, może udzielić jej pożyczki.”;

70) w art. 131d ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Nadwyżkę przychodów nad kosztami kasy chorych w danym roku przeznacza 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.”;

71) w art. 141 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 oraz dodaje się ust. 2 i 3 w brzmieniu:

„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.”;

72) w art. 141a:

- a) w ust. 1 pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i materiały medyczne.”,

- b) w ust. 2:

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) pierwsze i drugie imię oraz nazwisko,”,

- po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) nazwisko rodowe,”,

- po pkt 2 dodaje się pkt 2a i 2b w brzmieniu:

„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,”,

- w pkt 7 skreśla się wyrazy „, jeżeli dziecko ukończyło 26 lat”,

- w pkt 8 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 9 w brzmieniu:

„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.”;

73) w art. 142:

a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a:

„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.”;

b) w ust. 3 wyrazy „w ust. 1 i 2” zastępuje się wyrazami „w ust. 1, 1a i 2”;

74) art. 151 otrzymuje brzmienie:

„Art. 151. 1. Nadzór nad kasami chorych sprawuje Urząd Nadzoru.

2. Zadaniem Urzędu Nadzoru jest ochrona interesów osób ubezpieczonych.”;

75) w art. 151a skreśla się ust. 3 i 3a;

76) po art. 151f dodaje się art. 151g w brzmieniu:

„Art. 151g. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób, zakres i tryb przeprowadzania kontroli przez Prezesa Urzędu Nadzoru.”;

77) w art. 165:

a) w ust. 1:

- w zdaniu wstępnym skreśla się wyraz „publiczne”;
- w pkt 3 na początku dodaje się wyrazy „art. 2 ust. 1 pkt 1 i”;
- w pkt 5 po wyrazie „art.” dodaje się wyrazy „61 i”;
- w pkt 7 wyrazy „w art. 14 ust. 7” zastępuje się wyrazami „w art. 14 ust. 6”;

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

„1a. Przez świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, rozumie się także leki wydawane na zasadach określonych w ustawie.”;

78) w art. 170 skreśla się pkt 2;

79) użyte w ustawie w różnych przypadkach i liczbie wyrazy „Kasa Chorych” bądź „Kasa” zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach i liczbie wyrazami „kasa chorych” lub „kasa”.

art. 2 i 3 skreślony (Dz.U. z 2001 r. Nr 154. poz. 1801)

Art. 4.

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) w art. 82a po ust. 2 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

- „3. Do zadań nadzoru należą zadania Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń określone w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, 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 i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539 i Nr 88, poz. 961).”.

Art. 5.

W ustawie 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) po art. 25 dodaje się art. 25a i 25b w brzmieniu:

- „Art. 25a. 1. Osoba bezdomna może zostać objęta indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności.
2. Indywidualny program wychodzenia z bezdomności, o którym mowa w ust. 1, opracowywany jest przez pracownika socjalnego ośrodka pomocy społecznej wraz z osobą bezdomną i podlega zatwierdzeniu przez kierownika tego ośrodka.
3. Osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności korzysta ze świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

- Art. 25b. 1. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady opracowywania programu wychodzenia z bezdomności, zakres i sposób jego realizacji, w szczególności sposób ustalania dnia rozpoczęcia i zakończenia lub zaprzestania realizacji programu.
2. Program wychodzenia z bezdomności powinien uwzględniać sytuację osoby, która ma być objęta programem, oraz zapewniać szczególne wspieranie osoby aktywnie uczestniczącej w wychodzeniu z bezdomności. Program, stosownie do potrzeb osoby, która ma być nim objęta, może uwzględniać wszelkie środki pomocy, którymi dysponuje ośrodek realizujący program.”.

Art. 6.

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) w art. 27b w ust. 2 wyrazy „7,75%” zastępuje się wyrazami „9%”.

Art. 7.

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 5, poz. 45) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 33 skreśla się ust. 2 i 3;

2) w art. 69:

a) w ust. 1 skreśla się wyrazy „Ministra Obrony Narodowej,”, a przecinek po wyrazie „Administracji” zastępuje się wyrazem „oraz”,

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

„2a. Do publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej nie stosuje się art. 44a-44c i 45-48a oraz działu III, z wyjątkiem art. 66a ust. 2, art. 67 ust. 1-3 i ust. 4 oraz art. 67a.”,

c) w ust. 3 po wyrazach „o których mowa w ust. 1” dodaje się wyrazy „i ust. 2a”.

Art. 8.

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) w art. 31 w ust. 2 i w art. 44 w ust. 2 wyrazy „7,75%” zastępuje się wyrazami „9%”.

Art. 9.

W ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 155, poz. 1014, z 1999 r. Nr 38, poz. 360, Nr 49, poz. 485, Nr 70, poz. 778 i Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, Nr 12, poz. 136, Nr 48, poz. 550, Nr 95, poz. 1041, Nr 119, poz. 1251 i Nr 122, poz. 1315 oraz z 2001 r. Nr 45, poz. 497 i Nr 46, poz. 499) w art. 72 po ust. 5 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. W przypadku gdy ustawa budżetowa określi dotacje przedmiotowe dla publicznych zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących w resorcie obrony narodowej w formie zakładów budżetowych, Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów

publicznych ustala, w drodze rozporządzenia, stawki oraz szczegółowe zasady i tryb udzielania i rozliczania tych dotacji.”.

Art. 10.

Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 19 ustawy wymienionej w art. 1, od dnia 1 stycznia 2003 r. wynosi 8% podstawy wymiaru.

Art. 11.

Do czasu wydania przepisów wykonawczych przewidzianych w ustawie zachowują moc dotychczasowe przepisy wykonawcze, jeżeli nie są sprzeczne z ustawą.

Art. 12.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 7 pkt 25, art. 69c, art. 151 i art. 151a w brzmieniu ustalonym przez art. 1 i art. 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.,
- 2) art. 8 pkt 2 i 22, art. 15 pkt 11, art. 16 ust. 9a i 10, art. 20 ust. 7, art. 24 ust. 11, art. 26 ust. 3 pkt 1 i 3, art. 57, art. 165 ust. 1 pkt 5 i art. 170 pkt 2 w brzmieniu ustalonym przez art. 1 oraz art. 7 pkt 2 i art. 9, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.,
- 3) art. 8 pkt 3a w brzmieniu ustalonym przez art. 1, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z mocą od dnia 30 marca 2001 r.,
- 4) art. 19 w brzmieniu ustalonym przez art. 1 w zakresie dotyczącym wysokości składki, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.,
- 5) art. 26 ust. 4-4c oraz 5a i 5b w brzmieniu ustalonym przez art. 1, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2002 r.