

USTAWA
z dnia 23 stycznia 2003 r.

o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia

Rozdział 1
Przepisy ogólne

(rozdz. 1 niezgodny z Konstytucją - wyrok TK Dz.U. z 2004 r. Nr 5, poz. 37 -
traci moc z dniem 31 grudnia 2004 r.)

[Art. 1.

Ustawa określa:

- 1) *zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, zwanego dalej „ubezpieczeniem zdrowotnym”;*
- 2) *prawa i obowiązki ubezpieczonego;*
- 3) *zasady, tryb i terminy:*
 - a) *zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego,*
 - b) *ustalania składek na ubezpieczenie zdrowotne,*
 - c) *opłacania i rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne,*
 - d) *prowadzenia ewidencji ubezpieczonych i płatników składek;*
- 4) *organizację i zasady działania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”;*
- 5) *zasady zabezpieczania potrzeb zdrowotnych i organizację udzielania świadczeń zdrowotnych;*
- 5a) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5.07.1971, str. 2 i n.) i rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n.) oraz rozporządzenia Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającego przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi**

Opracowano na podstawie: Dz.U. z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217, Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 5, poz. 37, Nr 19, poz. 177, Nr 64, poz. 593, Nr 93, poz. 892 i 896, Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252, Nr 121, poz. 1264, Nr 146, poz. 1546, Nr 187, poz. 1925.

pkt 5a w art. 1 obowiązuje od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo (Dz. Urz. WE L 124 z 20.05.2003, str. 1 i n.);

- 6) *zasady nadzoru i kontroli wykonywania zadań z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego.*

Art. 2.

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

Art. 3.

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

Art. 4.

Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

- 1) *równego traktowania obywateli oraz solidarności społecznej;*
- 2) *zapewnienia ubezpieczonemu swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych i wolnego wyboru świadczeniodawców, na warunkach określonych w ustawie.*

Art. 5.

Ilekcroć w ustawie jest mowa o:

- 1) *ambulatoryjnej opiece zdrowotnej - rozumie się przez to udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;*
- 2) *aptece - rozumie się przez to aptekę ogólnodostępną, a także punkt apteczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 126, poz. 1381 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1181 i Nr 152, poz. 1265);*
- 3) *członku rodziny - rozumie się przez to następujące osoby:*
 - a) *dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,*
 - b) *małżonka,*
 - c) *wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;*
- 4) *felczerze ubezpieczenia zdrowotnego - rozumie się przez to felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń zdrowotnych u świadczeniodawcy, z*

- którym to świadczeniodawcą zawarto umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 5) inwalidzie wojennym lub wojskowym - rozumie się przez to osobę, o której mowa w art. 6-8 lub w art. 30 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.U. z 2002 r. Nr 9, poz. 87 i Nr 181, poz. 1515);
 - 6) kombatancie - rozumie się przez to osobę, o której mowa w art. 1 - 4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371 i Nr 181, poz. 1515);
 - 6a) korzystającym - rozumie się przez to organizację, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostkę organizacyjną, o których mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. Nr 96, poz. 873);
 - 7) lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej - rozumie się przez to w szczególności lekarza medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii, udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 8) lekarzu ubezpieczenia zdrowotnego - rozumie się przez to lekarza, lekarza stomatologa będącego świadczeniodawcą lub lekarza, lekarza stomatologa wykonującego zawód u świadczeniodawcy, z którym to świadczeniodawcą zawarto umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
 - 9) leku podstawowym - rozumie się przez to produkt leczniczy ratujący życie lub niezbędny w terapii dla podtrzymania zdrowia, najbardziej uzasadniony w danej grupie produktów leczniczych;
 - 10) leku recepturowym - rozumie się przez to produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;
 - 11) leku uzupełniającym - rozumie się przez to produkt leczniczy wspomagający lub uzupełniający działanie leków podstawowych, a także produkt leczniczy najnowszej generacji o zbliżonych właściwościach terapeutycznych, a wysokiej cenie;
 - 12) najkorzystniejszej ofercie - rozumie się przez to ofertę, która przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów odnoszących się do przedmiotu zamówienia, w tym:
 - a) zakres merytoryczny oferowanych świadczeń oraz stopień zapewnienia ubezpieczonemu ciągłości dostępu do świadczeń zdrowotnych, w szczególności diagnostyki i terapii,
 - b) dostępności świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych,
 - c) kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne,
 - d) jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych ustalonej w oparciu o wewnętrzną oraz zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem jakości lub akredytacją;
 - 13) minimalnym wynagrodzeniu - rozumie się przez to minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. Nr 200, poz. 1679);
 - 14) nazwie handlowej leku - rozumie się przez to nazwę leku zastrzeżoną przez wytwórcę;
 - 15) nazwie międzynarodowej leku - rozumie się przez to nazwę leku zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia;

- 16) „osobie bezdomnej wychodzącej z bezdomności” - rozumie się przez to osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami o pomocy społecznej;
- 17) osobie pobierającej emeryturę lub rentę - rozumie się przez to osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, osobę pobierającą rentę socjalną albo osobę pobierającą rentę strukturalną na podstawie odrębnych przepisów;
- 18) osobie prowadzącej działalność pozarolniczą - rozumie się przez to osobę, 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, z późn. zm.)¹⁾;
- 18a) „osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji” – rozumie się przez to osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia zdrowotne z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;**
- 19) osobie współpracującej - rozumie się przez to osoby, o których mowa w art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 20) pielęgniarce i położnej ubezpieczenia zdrowotnego - rozumie się przez to pielęgniarke i położną będącą świadczeniodawcą, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 21) pielęgniarce i położnej podstawowej opieki zdrowotnej - rozumie się przez to pielęgniarke i położną środowiskową, rodzinną, pielęgniarke w środowisku nauczania i wychowania oraz pielęgniarke w opiece długoterminowej;
- 22) potrzebach zdrowotnych - rozumie się przez to liczbę świadczeń zdrowotnych, która powinna być zapewniona w celu zachowania, przywrócenia i poprawy zdrowia ubezpieczonym w danym miejscu i czasie;
- 23) przeciętnym wynagrodzeniu - rozumie się przez to przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”;
- 23a) „przepisach o koordynacji” – rozumie się przez to przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, określone w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz rozporządzeniu Rady (WE)**

pkt 18a i pkt 23a w art. 5 obowiązuje od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

¹⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459, Nr 72, poz. 748, Nr 100, poz. 1080, Nr 110, poz. 1189, Nr 111, poz. 1194, Nr 130, poz. 1452 i Nr 154, poz. 1792 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365, Nr 74, poz. 676, Nr 155, poz. 1287, Nr 169, poz. 1387, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679 i Nr 241, poz. 2074.

nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo;

- 24) świadczeniach pielęgniarских i położniczych - rozumie się przez to świadczenia zdrowotne określone w art. 4 i 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89, poz. 969);
- 25) świadczeniodawcy - rozumie się przez to:
- a) zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki,
 - b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach prowadzonej działalności gospodarczej,
 - c) jednostkę budżetową tworzoną i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub Ministra Sprawiedliwości, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w której gromadzony jest środek specjalny na finansowanie wydatków związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
- 25a) wolontariuszu - rozumie się przez to osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
- 26) świadczeniu zdrowotnym - rozumie się przez to świadczenia określone w ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.)²⁾; świadczenie zdrowotne obejmuje również transport sanitarny inny niż określony w art. 4 pkt 4 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 113, poz. 1207 i Nr 154, poz. 1801 oraz z 2002 r. Nr 241, poz. 2073);
- 27) ubezpieczeniu społecznym - rozumie się przez to ubezpieczenia określone w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 28) ubezpieczeniu społecznym rolników - rozumie się przez to ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 60, poz. 636, z 2000 r. Nr 45, poz. 531, z 2001 r. Nr 73, poz. 764 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984) oraz w ustawie z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz.U. Nr 52, poz. 539);
- [29) wyrobach medycznych - rozumie się przez to wyroby, które zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. Nr 126, poz. 1380 oraz z 2002 r. Nr 152, poz. 1264), mogą być przedmiotem obrotu w hurtowniach farmaceutycznych i aptekach.]

²⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984.

29) wyrobach medycznych - rozumie się przez to wyroby, o których mowa w przepisach o wyrobach medycznych.

<30) odbywającym staż adaptacyjny - rozumie się przez to odbywającego staż adaptacyjny wnioskodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz.U. Nr 87, poz. 954, z 2002 r. Nr 71, poz. 655 oraz z 2003 r. Nr 190, poz. 1864) lub odbywającego staż adaptacyjny wnioskodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 10 maja 2002 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do podejmowania lub wykonywania niektórych działalności (Dz.U. Nr 71, poz. 655 oraz z 2003 r. Nr 190, poz. 1864).>]

nowe brzmienie art. 6 obowiązuje od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

Rozdział 2

Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu

[Art. 6.

1. Ubezpieczonymi w Funduszu są osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zgody na pobyt tolerowany lub posiadający status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej albo korzystający z ochrony czasowej na jej terytorium, jeżeli:

1) podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego;

2) ubezpieczają się dobrowolnie.

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

1) ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym na podstawie przepisów ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych;

2) ubezpieczeniem społecznym rolników.]

dodany pkt 30 w art. 5 wchodzi w życie z dn. uzyskania przez RP członkostwa w UE (Dz.U. 2003 r. Nr 190, poz. 1864)

<Art. 6.

1. Ubezpieczonymi w Funduszu są:

1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;

2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na

zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zgody na pobyt tolerowany lub posiadające status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej albo korzystające z ochrony czasowej na jej terytorium;

- 3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczypospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym

- jeżeli podlegają zgodnie z art. 9 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 11.

2. Ubezpieczonymi w Funduszu są także osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:

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

[Art. 7.

[1. Ubezpieczonymi w Funduszu są również:

- 1) cudzoziemcy - studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż;
- 2) cudzoziemcy - członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wize, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony

- jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie.]

nowe brzmienie art. 7 obowiązuje od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

<1. Ubezpieczonymi w Funduszu są również:

- 1) cudzoziemcy - studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż,
- 2) cudzoziemcy - członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wize, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony,

nowe brzmienie ust. 1 w art. 7 (Dz.U. 2003 r. Nr 190, poz. 1864)-zm. uchylona (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892) - obowiązuje od 1.05. do 31.12.2004 r.

- 3) cudzoziemcy - odbywający staż adaptacyjny

- jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie.>

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

<Art. 7.

1. Ubezpieczonymi w Funduszu są również:

- 1) **studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 3;**
- 2) **członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 3, a przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony;**
- 3) **odbywający staż adaptacyjny**
- jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie.

2. Za ubezpieczonych uznaje się także:

- 1) **członków rodzin osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujących na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 9 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 9 ust. 2, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;**
- 2) **zamieszkujących na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej członków rodzin osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 9 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 9 ust. 2.>**

Art. 8.

W Funduszu, z zastrzeżeniem art. 6 ust. 1 i art. 7, nie mogą ubezpieczać się cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej.

Art. 9.**1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:**

- 1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników, z zastrzeżeniem art. 6 i 7, które są:
 - a) pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - b) rolnikami lub ich domownikami w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - c) osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi,
 - d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,
 - e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub osobami z nimi współpracującymi,
 - f) osobami duchownymi,
 - g) członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin,
 - h) osobami pobierającymi świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osobami pobierającymi zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osobami pobierającymi wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy,
 - i) osobami pobierającymi świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia,
- 2) żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydaci na żołnierzy zawodowych;
- 2a) poborowi odbywający służbę zastępczą;
- 3) poborowi pełniący służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu;
- 4) żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową;
- 5) policjanci;
- 6) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;
- 7) funkcjonariusze Agencji Wywiadu;
- 8) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu;
- 9) funkcjonariusze Straży Granicznej;
- 10) funkcjonariusze Służby Celnej;
- 11) funkcjonariusze Służby Więziennej;
- 12) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;
- 13) posłowie i senatorowie pobierający uposażenie poselskie albo senatorskie;

- 13a) posłowie do Parlamentu Europejskiego wybrani w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) sędziowie i prokuratorzy;
- 15) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze;
- 16) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 17) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 18) dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego nieprzebywające w placówkach, o których mowa w pkt 17, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z zastrzeżeniem art. 16 pkt 3;
- 19) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1;
- 20) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 2;
- 21) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej;
- 22) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15 roku życia niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 23) bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 24) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz.U. z 2001 r. Nr 6, poz. 56, z późn. zm.)³⁾ niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 25) osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 25a) osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 26) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 26a) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2001 r. Nr 42, poz. 475, Nr 89, poz. 973, Nr 100, poz. 1080, Nr 122, poz. 1323 i 1325, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1793, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 675 i Nr 113, poz. 984, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679 oraz z 2003 r. Nr 6, poz. 65.

- 26b) uchodźcy objęci indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 27) kombatancki niepodlegający ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty;
 - 28) osoby korzystające z urlopu wychowawczego niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 29) osoby uprawnione do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
 - 30) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1-29 i 31;
 - 31) członkowie rad nadzorczych pobierający z tego tytułu świadczenia pieniężne.
2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 16-19, 23-26b i 29.

Art. 10.

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

Art. 11.

[1. Osoba niewymieniona w art. 9 ust. 1 może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, z zastrzeżeniem ust. 1a.]

<1. Osoba niewymieniona w art. 9 ust. 1 może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem art. 9 rozporządzenia nr 1408/71.>

- 1a. Korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1, ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 7 ust. 2.
3. Podstawę wymiaru składki opłacanej przez:
 - 1) osobę, o której mowa w ust. 1, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu;
 - 1a) korzystającego, o którym mowa w ust. 1a, stanowi kwota odpowiadająca najniższemu wynagrodzeniu;
 - 2) osobę, o której mowa w art. 7 ust. 1, stanowi kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

<3) osobę, o której mowa w art. 7 ust. 1 pkt 3, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, jednakże nie niższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia.>
4. Osoba, o której mowa w ust. 1, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Funduszem, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.
- 4a. Wolontariusz, o którym mowa w ust. 1a, zostaje objętym ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez korzystającego z Funduszem, a przestaje być nim objęty z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.
5. Objęcie osoby, o której mowa w ust. 1, ubezpieczeniem zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty dodatkowej na rachunek Funduszu.
6. Wysokość opłaty dodatkowej jest uzależniona od okresu, w którym osoba, o której mowa w ust. 1, nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, i wynosi:
 - 1) 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku;
 - 2) 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej roku do 2 lat;
 - 3) 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 2 lat do 5 lat;
 - 4) 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 5 lat do 10 lat;

nowe brzmienie ust. 1 w art. 11 obowiązuje od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

dodany pkt 3 w ust. 3 w art. 11 wchodzi w życie z dn. uzyskania przez RP członkostwa w UE (Dz.U. 2003 r. Nr 190, poz. 1864)

- 5) 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 10 lat.
7. Opłata dodatkowa, o której mowa w ust. 5, nie dotyczy osób wymienionych w art. 7.
8. Przy obliczaniu opłaty dodatkowej, o której mowa w ust. 5, do okresu, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym (przerwy w ubezpieczeniu), dolicza się okres niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w art. 222.
9. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby, o której mowa w ust. 1, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty dodatkowej lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na 12 rat.
10. Prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o której mowa w ust. 1, i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny, o których mowa w art. 7 ust. 2, oraz wolontariusza, o którym mowa w ust. 1a, przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

Art. 12.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. a, c-i, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniu społecznym, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 30, powstaje od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, a ustaje z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustaly okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu.
3. Pracownik korzystający z urlopu bezpłatnego ma prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w art. 10 ust. 5.
4. Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego każda osoba może ubezpieczyć się na zasadach określonych w art. 11.

Art. 13.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, 2a i 3, powstaje z dniem powołania lub skierowania do służby, a wygasa z dniem zwolnienia z tej służby.
2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 4-12 i 14, powstaje z dniem nawiązania stosunku służbowego, a wygasa z dniem jego ustania.

Art. 14.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 13 i 13a, powstaje z dniem przyznania im uposażenia, a wygasa z dniem utraty prawa do pobierania uposażenia.

Art. 15.

1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających emeryturę lub rentę powstaje od dnia, od którego przysługuje wypłata emerytury lub renty i wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia.
- 1a. W przypadku zawieszenia prawa do renty socjalnej z przyczyn, o których mowa w art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz.U. Nr 135, poz. 1268), prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 90 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.
2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do osób w stanie spoczynku pobierających uposażenie lub pobierających uposażenie rodzinne oraz osób pobierających uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze.

Art. 16.

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego:

- 1) uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 16, powstaje z dniem przyjęcia do szkoły lub zakładu kształcenia nauczycieli, a wygasa z dniem ukończenia szkoły lub zakładu kształcenia nauczycieli albo skreślenia z listy uczniów lub słuchaczy;
- 2) dzieci, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 17, przebywających w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej, powstaje z dniem przyjęcia do placówki albo domu, a wygasa z końcem pobytu w placówce bądź domu;
- 3) dzieci, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 18, powstaje z dniem uznania przez ośrodek pomocy społecznej zasadności objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem uznania, że ustała zasadność objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, nie później niż z dniem, w którym dziecko rozpoczyna realizację obowiązku szkolnego; ośrodek pomocy społecznej może odmówić uznania zasadności objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym lub uznać, że ustała konieczność i zasadność objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym dziecka spełniającego przesłanki określone w art. 9 ust. 1 pkt 18, jeżeli na podstawie rodzinnego wywiadu środowiskowego stwierdzi, że warunki materialne opiekunów prawnych lub faktycznych dziecka umożliwiają jego ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych w art. 11;
- 4) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 19 i 21, powstaje z dniem immatrykulacji lub przyjęcia na studia doktoranckie i złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, a wygasa z dniem ukończenia szkoły wyższej lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich;
- 5) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 20, powstaje z dniem przyjęcia do wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub do zakonu albo jego odpowiedników, a wygasa z dniem ukończenia 25 roku życia albo wystąpienia z wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub zakonu albo jego odpowiedników;
- 6) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 22, powstaje z dniem przyznania stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do jego pobierania;
- 7) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 23, powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego, a wygasa z dniem utraty tego statusu;

- 8) osób pobierających świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny obejmuje okres od dnia przyznania prawa do świadczenia przedemerytalnego do dnia utraty prawa do jego pobierania, a w przypadku zasiłku przedemerytalnego - do jego wygaśnięcia, a w odniesieniu do osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 24, obejmuje okres od dnia zarejestrowania się w urzędzie pracy do dnia przyznania prawa do zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego;
- 9) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25, obejmuje okres od dnia przyznania zasiłku do dnia utraty prawa do zasiłku;
- 9a) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25a, obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia pielęgnacyjnego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania do dnia utraty prawa do ich pobierania;
- 10) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26, powstaje od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności, a wygasa z dniem zakończenia realizacji tego programu lub zaprzestania realizacji tego programu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- 10a) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26a, powstaje po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego, a wygasa z dniem zakończenia realizacji programu lub zaprzestania realizacji programu w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu socjalnym;
- 10b) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26b, powstaje od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu integracji, a wygasa z dniem zakończenia lub wstrzymania realizacji tego programu;
- 11) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 27, powstaje z dniem złożenia w Urzędzie do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych oświadczenia o niepodleganiu przepisom o systemie ubezpieczeń społecznych i braku innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem ustania tych warunków;
- 12) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 28, powstaje z dniem rozpoczęcia urlopu, a wygasa z dniem zakończenia urlopu;
- 13) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 29, powstaje z dniem, w którym świadczenie alimentacyjne staje się wymagalne, a wygasa w dniu, w którym świadczenie to przestaje być wymagalne;
- 14) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 31, powstaje z dniem powołania na członka rady nadzorczej i przyznania świadczenia pieniężnego, a wygasa w dniu zaprzestania pełnienia tej funkcji.

Art. 17.

1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniem społecznym lub ubezpieczeniem społecznym rolników oraz wymienionych w ust. 4-17 i art. 18 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego lub do ubezpieczenia społecznego rolników, z zastrzeżeniem art. 19 i art. 28 ust. 6.
2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2-14, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego, z zastrzeżeniem art. 19.

3. Osoby pobierające emeryturę lub rentę zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, właściwy organ emerytalny lub inna instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę, albo bank lub podmiot dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.
- 3a. Osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Zakład Ubezpieczeń Społecznych do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.
4. Osoby pobierające uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, a także osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający to uposażenie lub świadczenie.
5. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 16, 17 i 19, zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli, szkoły wyższe, jednostki prowadzące studia doktoranckie, placówki pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze i domy pomocy społecznej.
6. Dzieci, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 18, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej na wniosek opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka albo z własnej inicjatywy.
7. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 20, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio wyższe seminarium duchowne albo teologiczne lub zakon albo jego odpowiednik.
8. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 21, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
9. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 22, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.
10. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 23, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego właściwy powiatowy urząd pracy.
11. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej.
- 11a. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego wójt, burmistrz lub prezydent miasta.
12. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26 i 26a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub indywidualny program zatrudnienia socjalnego.
- 12a. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26b, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji.
13. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 27, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.
14. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 28, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.
16. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 30, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te obowiązane są zgłosić się w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu ich zareje-

ust. 15 w art. 17
uchylony

strowania.

17. Osoby, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 31, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający świadczenie pieniężne.

Art. 18.

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

Art. 19.

1. Zgłoszenia, o których mowa w art. 17 i 18, kierowane są do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

2. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, powinny zawierać:

[1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego;]

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

<1a) wskazanie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w przypadku osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;>

2) nazwisko i imię;

3) datę urodzenia;

4) adres zamieszkania;

5) numery PESEL i NIP, a w razie gdy ubezpieczonemu nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

**dodane art. 19a i 19b
obowiązują od 1.05.
do 31.12.2004 r.
(Dz.U. z 2004 r. Nr
93, poz. 892).**

3. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, o których mowa w art. 7 ust. 2, podmiot obowiązany do zgłoszenia ubezpieczonego przesyła również do Funduszu dane wymienione w ust. 2 oraz następujące dane dotyczące członka rodziny:

1) nazwisko i imię;

2) datę urodzenia;

3) adres zamieszkania;

4) stopień pokrewieństwa;

5) informację o znacznym stopniu niepełnosprawności;

6) numery PESEL i NIP, a w razie gdy członkowi rodziny nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;

7) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym.

**nowe brzmienie pkt 1
i dodany pkt 1a w
ust. 2 w art. 19 obo-
wiązuje od 1.05. do
31.12.2004 r. (Dz.U. z
2004 r. Nr 93, poz.
892).**

<Art. 19a.

1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonemu, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub

państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, Fundusz wydaje zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.

2. Zaświadczenie wydaje się na zasadach i w zakresie określonym w przepisach o koordynacji.

Art. 19b.

1. Osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, w celu korzystania ze świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Fundusz wydaje dokument potwierdzający prawo do świadczeń zdrowotnych, zwany dalej „poświadczeniem”, z zastrzeżeniem art. 71a ust. 2.
2. Poświadczenie zawiera następujące dane:
 - 1) imiona i nazwisko;
 - 2) datę urodzenia;
 - 3) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano tego numeru – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu, albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych;
 - 4) adres miejsca zamieszkania;
 - 5) nazwę instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia zdrowotne;
 - 6) adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 7) zakres świadczeń zdrowotnych przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji;
 - 8) okres przysługiwania świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 9) numer poświadczenia.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób wydawania poświadczenia oraz jego wzór, uwzględniając dane, o których mowa w ust. 2, oraz dokumenty, na podstawie których są wydawane poświadczenia, kierując się koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń zdrowotnych i rzetelnego potwierdzania prawa do tych świadczeń.>

Art. 20.

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

[3. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

- 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) gromadzenia danych o osobach ubezpieczonych w Funduszu.]

<3. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

- 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 2) gromadzenia danych o osobach ubezpieczonych w Funduszu;
 - 3) gromadzenia danych o osobach uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 4) wydawania poświadczeń i zaświadczeń, o których mowa w art. 19a;
 - 5) rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.>
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz tryb wydawania i unieważniania karty ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględniając dane wymienione w ust. 2 oraz konieczność ochrony tych danych zgodnie z odrębnymi przepisami.

Rozdział 3

Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 21.

1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 22 ust. 1, art. 24 i 199.
2. Składka jest miesięczna i niepodzielna.

Art. 22.

1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Podstawą wymiaru składki dla rolnika prowadzącego 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. 9 ust. 1 pkt 30, oraz dla domowników, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 30, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.
4. Składka rolnika na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje członków jego rodziny, jeżeli nie są oni domownikami w rozumieniu ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników.

**nowe brzmienie ust. 3
w art. 20 obowiązuje
od 1.05. do 31.12.
2004 r. (Dz.U. z 2004
r. Nr 93, poz. 892).**

Art. 23.

1. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. a, d-i i pkt 2a i 10, stosuje się przepisy

- określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 6, 7 i 10.
2. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. c, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego wynagrodzenia. Składka w nowej wysokości obowiązuje od trzeciego miesiąca następnego kwartału.
 4. Podstawę wymiaru składek dla osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 4-9, 11 i 12, stanowi kwota odpowiadająca uposażeniu tych osób.
 5. Podstawę wymiaru składek osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2 i 3, stanowi kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.
 6. Przy ustalaniu podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się wyłączeń wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz nie stosuje się ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.
 7. 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.
 8. Podstawę wymiaru składek dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej będących w służbie kandydackiej stanowi kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia.
 9. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla:
 - 1) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 13 i 14, jest kwota odpowiadająca wysokości uposażenia albo wynagrodzenia tych osób;
 - 2) **osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15, 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, pomniejszona o kwotę zaliczoną na poczet emerytury lub renty.**
 - 3) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 16-19, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
 - 4) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 21 i 22, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium;
 - 5) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 23, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium, a w przypadku niepobierania przez bezrobotnego zasiłku lub stypendium - kwota odpowiadająca 40% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
 - 6) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 24, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, a w przypadku niepobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego - kwota odpowiadająca 40% wysokości świadczenia

ust. 3 w art. 23
uchylony

- pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 7) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku stałego z pomocy społecznej;
 - 7a) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25a, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
 - 8) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26-26b, jest maksymalna kwota zasiłku stałego z pomocy społecznej;
 - 9) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 27 i 28, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
 - 10) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 29, jest kwota odpowiadająca kwocie faktycznie otrzymanych alimentów, nie wyższa jednak od wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
 - 11) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 31, jest przychód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, otrzymywany z tytułu pełnionej funkcji.
10. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. f i pkt 20, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku od przychodów osób duchownych, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.
11. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, ich domowników oraz osób pobierających emeryturę lub rentę rolniczą, a także terminy i tryb ich opłacania, uwzględniając potrzebę zapewnienia terminowego opłacania składek.

Art. 24.

1. Jeżeli spełnione są przesłanki do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 9 ust. 1, z więcej niż jednego tytułu, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie, z zastrzeżeniem ust. 4-8.
2. Jeżeli ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego źródła przychodów w ramach tego samego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 9 ust. 1, składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca się odrębnie od wszystkich uzyskiwanych przychodów, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego źródła przychodów w ramach tego samego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. c, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego ze źródeł przychodów.
4. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 9 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innej podstawy do objęcia obowiązkiem

- ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 9 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej. Jeżeli tytuły powstały równocześnie, składka jest opłacana z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.
5. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana od dodatkowych przychodów z działalności pozarolniczej przez osoby, których świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia, w przypadku gdy osoby te:
 - 1) uzyskują dodatkowe przychody z tej działalności w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
 - 2) opłacają podatek dochodowy w formie karty podatkowej.
 6. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osoby zaliczone do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności od dodatkowych przychodów z prowadzonej przez te osoby działalności pozarolniczej, jeżeli osoby te:
 - 1) uzyskują przychody z tej działalności w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
 - 2) opłacają podatek dochodowy w formie karty podatkowej.
 7. Jeżeli działalność pozarolnicza stanowi jedyne źródło przychodu osób, o których mowa w ust. 6, składka opłacana jest w wysokości nieprzekraczającej kwoty należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych.
 8. Osoba duchowna, która nie jest podatnikiem podatku ryczałtowego, a jedynym jej źródłem przychodu jest zatrudnienie, pobierana emerytura bądź renta, opłaca składkę na ubezpieczenie zdrowotne wyłącznie z tytułu zatrudnienia albo z tytułu pobierania emerytury bądź renty.

Art. 25.

1. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 27 ust. 1-11, zgodnie z przepisami art. 21-24 jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy, o której mowa w art. 35 ust. 1 pkt 1, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.
2. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:
 - 1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy, o której mowa w art. 35 ust. 1 pkt 1, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek;
 - 2) przychód ubezpieczonego zwolniony od podatku na podstawie umów o unikaniu podwójnego opodatkowania lub innych umów międzynarodowych, od którego płatnik nie odlicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 i 15;
 - 3) kwota stanowiąca równowartość ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy przysługująca na podstawie odrębnych przepisów osobom, o których mowa w art. 18 ust. 12 ustawy, o której mowa w art. 5 pkt 18;
 - 4) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 74 ustawy, o której mowa w art. 35 ust. 1 pkt 1, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15

- składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 21-24.
3. Płatnik składek przekazuje w formie elektronicznej, w terminie, o którym mowa w art. 29 ust. 1, do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu zestawienie składek na ubezpieczenie zdrowotne, pobranych z uwzględnieniem obniżenia określonego w ust. 1, zawierające informację o wysokości tych składek, jeżeli były ustalane zgodnie z przepisami niniejszego rozdziału.
 4. Zestawienie, o którym mowa w ust. 3, powinno zawierać ponadto następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL oraz numer NIP ubezpieczonego;
 - 4) serię i numer dowodu osobistego lub paszportu ubezpieczonego - w przypadku nieposiadania numerów, o których mowa w pkt 3, albo jednego z nich;
 - 5) nazwę (firmę), adres siedziby oraz kod płatnika;
 - 6) numer NIP oraz numer REGON płatnika.
 5. Płatnik składek rozliczający składki nie więcej niż za 5 osób może przekazywać zestawienia składek, o których mowa w ust. 3, w formie dokumentu pisemnego według ustalonego przez Fundusz wzoru.

Art. 26.

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

Art. 27.

1. Za osobę pozostającą w stosunku pracy, w stosunku służbowym albo odbywającą służbę zastępczą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza pracodawca, a w razie wypłaty świadczeń pracowniczych z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, o których mowa w ustawie z dnia 29 grudnia 1993 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. z 2002 r. Nr 9, poz. 85, z późn. zm.⁴⁾) - podmiot obowiązany do wypłaty tych świadczeń.
- 1a. Za osobę pobierającą świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot, który wypłaca to świadczenie.
2. Za funkcjonariuszy, o których mowa w art. 23 ust. 8, składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza szkoła Państwowej Straży Pożarnej.
3. Za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług oraz za osobę z nią współpracującą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza zamawiający.
4. Za osobę pobierającą świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu lub zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, osobę pobierającą wynagrodzenie przysługujące w

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2002 r. Nr 127, poz. 1088, Nr 155, poz. 1287 i Nr 199, poz. 1673 oraz z 2003 r. Nr 210, poz. 2037.

- okresie korzystania ze stypendium na przekwalifikowanie lub w okresie korzystania ze świadczenia górniczego składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający świadczenie, zasiłek lub wynagrodzenie.
5. Za bezrobotnego pobierającego zasiłek lub stypendium składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza właściwy powiatowy urząd pracy.
 6. Za członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych oraz członków ich rodzin składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza spółdzielnia.
 7. Za osobę pobierającą uposażenie posła albo senatora składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Kancelaria Sejmu albo Kancelaria Senatu.
 - 7a. Za osobę pobierającą uposażenie posła do Parlamentu Europejskiego wybranego w Rzeczypospolitej Polskiej składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Kancelaria Sejmu.
 8. Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty emerytury lub renty, o której mowa w art. 23 ust. 9 pkt 2, i odprowadza Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, inny organ emerytalno-rentowy lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę, albo bank lub inny podmiot dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy.
 - 8a. Za osobę pobierającą zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego i odprowadza Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
 9. Za osobę pobierającą uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza wypłacający to uposażenie lub świadczenie.
 10. Za osobę, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 21, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
 11. Za osobę, o której mowa w art. 9 ust. 1 pkt 22, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający stypendium.
 12. Za osobę współpracującą z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność składkę oblicza, odprowadza i finansuje ze środków własnych osoba prowadząca pozarolniczą działalność.
 13. Za osobę korzystającą z urlopu wychowawczego składkę na ubezpieczenie zdrowotne oblicza pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.
 14. Za członka rady nadzorczej składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający to świadczenie pieniężne.

Art. 28.

1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

- 1) rolników, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 30, oraz domowników, z wyjątkiem rolników prowadzących działy specjalne produkcji rolnej, opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
 - 2) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, opłaca Minister Obrony Narodowej;
 - 3) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 3, opłaca minister właściwy do spraw wewnętrznych;
 - 4) dzieci, uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 16 i 17, przebywających w placówce pełniącej funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze lub w domu pomocy społecznej opłaca placówka lub dom, a uczniów i słuchaczy nieprzebywających w takiej placówce, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, opłaca szkoła lub zakład kształcenia nauczycieli, do którego uczeń lub słuchacz uczęszcza;
 - 5) dzieci, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 18, opłaca ośrodek pomocy społecznej;
 - 6) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 19, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia;
 - 7) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 23, oraz osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz.U. z 2003 r. Nr 58, poz. 514, późn. zm.⁵⁾), opłaca właściwy urząd pracy;
 - 8) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25, opłaca podmiot wypłacający to świadczenie;
 - 8a) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 25a, opłaca wójt, burmistrz lub prezydent miasta;
 - 9) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26 i 26a, opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub indywidualny program zatrudnienia socjalnego.
 - 9a) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 26b, opłaca powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji;
 - 10) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 27, opłaca Urząd do Spraw Komбатantów i Osób Represjonowanych;
 - 11) osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 28, opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych;
 - 12) osób, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1, jeżeli zostały uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia.
2. Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, a także osób, którym przyznano renty na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz członków ich rodzin, jak również osób, które

⁵⁾Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2003 Nr 90, poz. 844, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 142, poz. 1380, Nr 166, poz. 1608, Nr 203, poz. 1966, Nr 210, poz. 2036 i 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 69, poz. 624 i Nr 96, poz. 959.

- utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939-1945 lub eksplozji niewypałów i niewybuchów pozostałych po tych działaniach, otrzymujących dochody z tytułu emerytury lub renty zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych na podstawie odrębnych przepisów są finansowane z budżetu państwa.
3. Środki z budżetu państwa na składki wymienione w ust. 1 pkt 4 i 7 otrzymują jednostki samorządu terytorialnego jako dotacje celowe na zadania z zakresu administracji rządowej.
 4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne duchownych oraz alumnów wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulantów, nowicjuszy i juniorystów i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób duchownych będących podatnikami podatku dochodowego od osób fizycznych lub zryczałtowanego podatku od przychodów osób duchownych, są finansowane z Funduszu Kościelnego.
 5. Na opłacenie składek, o których mowa w ust. 4, Fundusz Kościelny otrzymuje dotacje z budżetu państwa.
 6. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. b, opłacana jest od pierwszego dnia miesiąca, w którym złożono zgłoszenie do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, do ostatniego dnia miesiąca, w którym ustały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Art. 29.

1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 26-28, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianym dla składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli do tych osób i jednostek nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym - w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.
2. Od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobiera się odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.
3. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:
 - 1) osób wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. a i c-i, pkt 2-29 i 31 oraz w art. 11 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2,
 - 2) osób wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 15 pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz osób wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 30 są opłacane i ewidencjonowane w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
4. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do centrali Funduszu.
5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne i należności pochodne od składek niezwłocznie do centrali Funduszu, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich wpływu na rachunek, o którym mowa w art. 47 ust. 4 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych.
6. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane o ubezpieczonych, o których mowa

w art. 141 ust. 2 pkt 1, 2 i 8-10, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 19 ust. 1, oraz przekazanych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne i odsetkach za zwłokę, nie później niż w ciągu 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających ustalenie ich wysokości i rozdzielenie ich na ubezpieczonych.

7. Centrala Funduszu jest uprawniona do nieodpłatnego dostępu do informacji o ubezpieczonym i opłacanej przez niego składce, w zakresie niezbędnym do realizacji ubezpieczenia zdrowotnego, znajdujących się w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane wymienione w art. 141 ust. 2 pkt 1-4 i 8-11 przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 19 ust. 1, po przeprowadzeniu ich weryfikacji, polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL, jeżeli taki numer został nadany ubezpieczonemu.
9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu sprawozdanie zawierające informacje, w podziale na poszczególnych ubezpieczonych, o należnej składce z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego za dany kwartał nie później niż do ostatniego dnia drugiego miesiąca następującego po tym kwartale.
10. Minister właściwy do spraw pracy w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.
11. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, terminy, zakres i tryb weryfikacji danych ubezpieczonych, o której mowa w ust. 8, oraz sposób postępowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w razie stwierdzenia ich niezgodności, uwzględniając tryb dokonywania niezbędnych korekt w przypadku stwierdzenia niezgodności przekazywanych danych oraz konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.

Art. 30.

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

Art. 31.

Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 5-12, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostkę, uwzględniając sposób zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne.

Art. 32.

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

Art. 33.

1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz należności z tytułu odsetek za zwłokę nieopłacone w terminie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
2. Należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ulegają przedawnieniu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

Art. 34.

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

Art. 35.

1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu:
 - 1) od podatku dochodowego od osób fizycznych - na zasadach określonych w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.)⁶⁾;
 - 2) od zryczałtowanego podatku dochodowego z tytułu dochodów osiągniętych 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 osiągniętych przez osoby fizyczne (Dz.U. Nr 144, poz. 930, z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 125, poz. 1363 i 1369 i Nr 134, poz. 1509 oraz z 2002 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 169, poz. 1384 i Nr 172, poz. 1412 i Nr 200, poz. 1679).
2. Odliczenia, o których mowa w ust. 1, nie mogą powodować zmniejszenia dochodów jednostek samorządu terytorialnego.

Rozdział 4**Narodowy Fundusz Zdrowia**

(rozdz. 4-9 niezgodne z Konstytucją - wyrok TK Dz.U. z 2004 r. Nr 5, poz. 37 - traci moc z dniem 31 grudnia 2004 r.)

ust. 3 w art. 33
uchylony

⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2000 r. Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 19, poz. 199, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 78, poz. 715, Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182, Nr 169, poz. 1384, Nr 181, poz. 1515, Nr 200, poz. 1679 i Nr 240, poz. 2058 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79.

[Art. 36.

- [1. Tworzy się Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.]
(ust. 1 niezgodny z Konstytucją - wyrok TK Dz.U. z 2004 r. Nr 5, poz. 37 - traci moc z dniem 31 grudnia 2004 r.)*
- 2. Siedzibą Funduszu jest miasto stołeczne Warszawa.*
- 3. Fundusz działa na podstawie ustawy i statutu.*
- 4. Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje statut Funduszowi, uwzględniając w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu, siedziby oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz zakres rzeczowy działania centrali Funduszu i oddziałów wojewódzkich Funduszu, a także kwoty, do wysokości których Zarząd uprawniony jest do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących nabywania praw i zaciągania zobowiązań.*

Art. 37.

- 1. Fundusz w celu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym zarządza środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy oraz zawiera umowy ze świadczeniodawcami.*
- 2. Fundusz finansuje świadczenia zdrowotne oraz zapewnia refundację leków w ramach posiadanych środków finansowych.*

Art. 38.

- 1. W skład Funduszu wchodzi:
 - 1) centrala Funduszu;*
 - 2) oddziały wojewódzkie Funduszu.**
- 2. Oddziałem wojewódzkim Funduszu kieruje dyrektor. Do kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należą sprawy określone w ustawie oraz statucie.*
- 3. Oddziały wojewódzkie Funduszu tworzone są zgodnie z podziałem terytorialnym państwa. W oddziałach wojewódzkich mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach wynikających ze statutu Funduszu.*
- 4. Techniczno-organizacyjną obsługę organów Funduszu sprawuje centrala Funduszu.*
- 5. W jednostce organizacyjnej Funduszu, o której mowa w ust. 1 pkt 1, tworzy się komórkę organizacyjną do spraw służb mundurowych.*
- 6. W jednostkach organizacyjnych Funduszu, o których mowa w ust. 1 pkt 2, tworzy się komórki organizacyjne do spraw służb mundurowych.*
- 7. Kierowników komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 5 i 6, powołują na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych:
 - 1) w centrali Funduszu - Prezes Funduszu;*
 - 2) w oddziałach wojewódzkich Funduszu - dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego*- z zastrzeżeniem ust. 9.*
- 8. Prezes Funduszu występuje do Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych o przedstawienie wniosku, o którym mowa w ust. 7. Wniosek powinien być przedstawiony w terminie do 30 dni.*

9. W przypadku nieprzedstawienia w terminie wniosku, o którym mowa w ust. 7, kierowników komórek organizacyjnych, o których mowa w ust. 5 i 6, powołują odpowiednio:

- 1) w centrali Funduszu - Prezes Funduszu;
- 2) w oddziałach wojewódzkich Funduszu - dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego.

Art. 39.

1. Do zakresu działania Funduszu należy w szczególności:

- 1) zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i połogu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocja zdrowia;
- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 3) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów;
- 4) wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 5) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;
- 6) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

2. Fundusz nie prowadzi działalności gospodarczej.

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

4. Zadania Funduszu określone w ust. 1 pkt 1-4 w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 38 ust. 6, z uwzględnieniem potrzeb wynikających z planu zdrowotnego dla służb mundurowych.

Art. 40.

1. Organami Funduszu są:

- 1) Rada Funduszu;
- 2) Zarząd Funduszu.

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

Art. 41.

1. Rada Funduszu składa się z 13 osób spełniających wymagania określone w ust. 4, powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów na 5 lat, przy czym:

- 1) 1 członka - Przewodniczącego Rady, powołuje się na wspólny wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
 - 2) 4 członków powołuje się na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 3) 1 członka powołuje się na wniosek ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
 - 4) 1 członka powołuje się na wniosek Ministra Obrony Narodowej;
 - 5) 1 członka powołuje się na wniosek Ministra Sprawiedliwości;
 - 6) 1 członka powołuje się na wniosek ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
 - 7) 1 członka powołuje się na wniosek ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego;
 - 8) 2 członków powołuje się na wniosek Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych;
 - 9) 1 członka powołuje się na wniosek Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.
2. W posiedzeniach Rady Funduszu mogą uczestniczyć:
- 1) 1 przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej;
 - 2) 1 przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
 - 3) 1 przedstawiciel Naczelnej Rady Aptekarskiej;
 - 4) 1 przedstawiciel Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- przedstawiając wnioski i opinie w sprawach będących przedmiotem posiedzenia Rady.
3. Prezes Rady Ministrów ustala wynagrodzenie członków Rady Funduszu.
4. W skład Rady Funduszu mogą wchodzić wyłącznie osoby, które spełniają łącznie poniższe kryteria:
- 1) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo umyślne;
 - 2) posiadają wykształcenie wyższe;
 - 3) posiadają uprawnienia konieczne do zasiadania w radach nadzorczych jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, zgodnie z odrębnymi przepisami.
5. Członkowie Rady Funduszu nie mogą być jednocześnie członkami Zarządu Funduszu, pracownikami Funduszu, świadczeniodawcami, którzy zawarli umowę z Funduszem, właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 28 lipca 1991 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62, z późn. zm.)⁷⁾.
6. Do zadań Rady Funduszu należy w szczególności:

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1997 r. Nr 43, poz. 272, Nr 88, poz. 554, Nr 107, poz. 685, Nr 121, poz. 769 i 770 i Nr 139, poz. 934, z 1998 r. Nr 155, poz. 1015, z 1999 r. Nr 49, poz. 483, Nr 101, poz. 1178 i Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 43, poz. 483, Nr 48, poz. 552, Nr 70, poz. 819, Nr 114, poz. 1193 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 37, poz. 424, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1084 i Nr 110, poz. 1189 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365 i Nr 153, poz. 1271.

- 1) uchwalanie Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych i przyjmowanie sprawozdania z jego wykonania;
 - 2) uchwalanie rocznego planu finansowego Funduszu, uchwalanie planu pracy Funduszu i przyjmowanie rocznego sprawozdania z działalności Funduszu;
 - 3) uchwalanie regulaminu działania Zarządu Funduszu;
 - 4) ocena pracy Zarządu i przedstawianie wniosków do Prezesa Rady Ministrów;
 - 5) podejmowanie uchwał dotyczących majątku Funduszu, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla Zarządu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu;
 - 6) opiniowanie systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
 - 7) wybór biegłego rewidenta wykonującego badanie rocznego sprawozdania finansowego Funduszu;
 - 8) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu.
7. Uchwały w sprawach określonych w ust. 6 pkt 1 i 2 oraz powoływania i odwoływania zastępców Prezesa Funduszu podejmowane są przez Radę Funduszu większością 3/4 głosów, przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby jej członków. W pozostałych sprawach Rada Funduszu podejmuje uchwały większością głosów przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Rady.
8. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu Prezes Rady Ministrów odwołuje w przypadku:
- 1) rezygnacji ze stanowiska;
 - 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
 - 3) prawomocnego skazania za przestępstwo umyślne.
9. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu Prezes Rady Ministrów może odwołać także na podstawie wniosku podmiotu, na wniosek którego został powołany.
10. W przypadku odwołania członka Rady Funduszu albo jego śmierci przed upływem jego kadencji Prezes Rady Ministrów powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy ust. 1 stosuje się odpowiednio.
11. Przepisu ust. 10 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji członka Rady Funduszu pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia odwołania albo śmierci poprzedniego jej członka.
12. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) tryb zgłaszania kandydatów na członków Rady Funduszu;
 - 2) regulamin działania Rady Funduszu
- uwzględniając terminy zgłaszania członków, formę zgłoszeń oraz zakres zadań Rady Funduszu.

Art. 42.

1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.
2. Prezesa Funduszu powołuje i odwołuje Prezes Rady Ministrów. Prezes Rady Ministrów ustala wynagrodzenie Prezesa Funduszu.

3. Do zakresu działania Prezesa Funduszu należy w szczególności:

- 1) kierowanie pracami Zarządu;
 - 2) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, jednostkami samorządu terytorialnego, innymi instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi i związkami pracodawców;
 - 3) powoływanie i odwoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz na ich wniosek zastępców dyrektorów oraz głównych księgowych;
 - 4) powoływanie i odwoływanie rad społecznych przy oddziałach wojewódzkich Funduszu;
 - 5) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników Funduszu;
 - 6) rozpatrywanie indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego.
4. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, Prezesa Funduszu zastępuje, na podstawie jego pisemnego upoważnienia, jeden z zastępców Prezesa Funduszu. W przypadku śmierci Prezesa Funduszu lub niemożności udzielenia przez niego takiego upoważnienia - upoważnienia udziela Rada Funduszu.
5. Prezes Funduszu może udzielić zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu, dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu i innym pracownikom Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych i upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych.
6. Pełnomocnictwa udzielone dyrektorom i innym pracownikom oddziałów wojewódzkich Funduszu obejmują sprawy związane z:
- 1) wykonywaniem czynności z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników oddziałów wojewódzkich;
 - 2) rozpatrywaniem indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego.
7. Pełnomocnictwa i upoważnienia, o których mowa w ust. 4 i 5, są udzielane na piśmie pod rygorem nieważności.

Art. 43.

1. W skład Zarządu Funduszu wchodzi:

- 1) Prezes Funduszu;
 - 2) trzech zastępców Prezesa - zastępca Prezesa do spraw medycznych, zastępca Prezesa do spraw finansowych i zastępca Prezesa do spraw służb mundurowych.
2. Zastępcą Prezesa do spraw medycznych jest lekarz.
3. Zastępców Prezesa powołuje i odwołuje Rada Funduszu, na wniosek Prezesa Funduszu, i ustala ich wynagrodzenie.
4. Wniosek dotyczący powołania zastępców Prezesa Prezes Funduszu przedstawia Radzie Funduszu po uzgodnieniu z:
- 1) ministrem właściwym do spraw zdrowia - w przypadku zastępcy Prezesa do spraw medycznych;
 - 2) ministrem właściwym do spraw finansów publicznych - w przypadku zastępcy Prezesa do spraw finansowych;

- 3) *Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych - w przypadku zastępcy Prezesa do spraw służb mundurowych.*

5. *Do zadań Zarządu należy w szczególności:*

- 1) *kierowanie działalnością Funduszu w zakresie niezastrzeżonym dla Prezesa Funduszu;*
- 2) *bieżące zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu;*
- 3) *prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;*
- 4) *wykonywanie uchwał Rady Funduszu;*
- 5) *sporządzanie rocznych planów finansowych Funduszu i sprawozdań finansowych oraz przedkładanie ich ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;*
- 6) *sporządzanie projektu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych i sprawozdań z jego wykonania oraz przedkładanie ich, w terminie 7 dni od dnia przyjęcia przez Radę Funduszu, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;*
- 7) *realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;*
- 8) *sporządzanie projektów planu pracy Funduszu i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu i przedkładanie ich, w terminie 7 dni od dnia przyjęcia przez Radę Funduszu, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;*
- 9) *negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie i rozliczanie oraz kontrola wykonywania;*
- 10) *podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;*
- 11) *nadzorowanie działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu;*
- 12) *przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Zarządu i Rady Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ich uchwalenia;*
- 13) *przygotowanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów;*
- 14) *przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;*
- 15) *przedstawianie Radzie Funduszu propozycji w sprawie ustalenia i zmian systemu wynagradzania pracowników Funduszu.*

6. *Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa do spraw:*

- 1) *finansowych - w zakresie gospodarki finansowej;*
- 2) *medycznych - w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i monitorowania ich realizacji;*
- 3) *służb mundurowych - w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych*

- określa statut Funduszu.

7. *Do zakresu obowiązków zastępcy Prezesa do spraw służb mundurowych należy w szczególności:*

- 1) *nadzorowanie i koordynowanie działań komórek organizacyjnych do spraw służb mundurowych,*
- 2) *koordynacja współpracy z Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych,*

- 3) nadzór nad realizacją planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w zakresie dotyczącym służb mundurowych.
8. Zarząd Funduszu może udzielić dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu i innym pracownikom Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych oraz upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych.
9. Członkowie Zarządu i pracownicy Funduszu nie mogą być jednocześnie członkami Rady Funduszu, świadczeniodawcami współpracującymi z Funduszem, właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Art. 44.

1. Tryb działania Zarządu Funduszu określa regulamin uchwalany przez Radę Funduszu.
2. Roczny plan finansowy Funduszu, sprawozdanie finansowe Funduszu, roczny plan pracy Funduszu, sprawozdanie z działalności Funduszu minister właściwy do spraw zdrowia w formie komunikatu kieruje do publikacji w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski B”.
3. Projekty, plany i sprawozdania, o których mowa w art. 43 ust. 5, podlegają opublikowaniu również na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz na stronie internetowej Funduszu.

Art. 45.

Fundusz w celach informacyjnych i promocyjnych wydaje Biuletyn Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 46.

1. Przy oddziałach wojewódzkich Funduszu Prezes Funduszu powołuje rady społeczne.
2. Rada społeczna składa się z 14 osób spełniających wymagania określone w ust. 3, i jest powoływana na pięcioletnią kadencję, przy czym:
 - 1) 2 członków powołuje się na wniosek właściwego sejmiku województwa;
 - 2) 1 członka powołuje się na wniosek właściwego wojewody;
 - 3) 2 członków powołuje się na wniosek wojewódzkich organów ogólnokrajowych organizacji związkowych reprezentatywnych w rozumieniu art. 6 ustawy z dnia 6 lipca 2001 r. o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego (Dz.U. Nr 100, poz. 1080, Nr 154, poz. 1793 i 1800 oraz z 2002 r. Nr 10, poz. 89 i Nr 240, poz. 2056);
 - 4) 2 członków powołuje się spośród kandydatów przedstawionych przez Związek Powiatów Polskich i Związek Miast Polskich; każdy ze związków może przedstawić nie więcej niż 2 kandydatów do poszczególnych rad społecznych;
 - 5) 1 członka powołuje się na wniosek właściwej okręgowej rady lekarskiej, a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada lekarska, delegują one wspólnego kandydata;

- 6) 1 członka powołuje się na wniosek właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych, a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada pielęgniarek i położnych, delegują one wspólnego kandydata;
 - 7) 1 członka powołuje się na wniosek Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
 - 8) 1 członka powołuje się na wniosek właściwej okręgowej rady aptekarskiej, a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada aptekarska, delegują one wspólnego kandydata;
 - 9) 1 członka powołuje się na wniosek właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego;
 - 10) 1 członka powołuje się na wniosek właściwego komendanta wojewódzkiego Policji;
 - 11) 1 członka powołuje się na wniosek właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej.
3. W skład rady społecznej mogą wchodzić wyłącznie osoby, które:
- 1) korzystają z pełni praw publicznych;
 - 2) posiadają wykształcenie wyższe;
 - 3) nie zostały poprzednio skazane za przestępstwo umyślne.
4. Do zadań rady społecznej należy:
- 1) opiniowanie wojewódzkiego planu zdrowotnego, o którym mowa w art. 101 pkt 1;
 - 2) opiniowanie projektu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, o którym mowa w art. 106, w części odnoszącej się do danego województwa;
 - 3) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.
5. Przed upływem kadencji rady społecznej, Prezes Funduszu odwołuje jej członka w przypadku:
- 1) rezygnacji z funkcji;
 - 2) wniosku podmiotu, na podstawie którego został powołany;
 - 3) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
 - 4) prawomocnego skazania za przestępstwo umyślne.
6. W przypadku odwołania członka rady społecznej albo jego śmierci przed upływem kadencji Prezes Funduszu powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy ust. 2 stosuje się odpowiednio.
7. Przepisu ust. 6 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji rady społecznej pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia odwołania albo śmierci poprzedniego jej członka.
8. Członkom rady społecznej nie przysługuje wynagrodzenie. Członkom rady społecznej przysługuje zwrot kosztów podróży, zakwaterowania i diety na zasadach określonych w przepisach w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej, z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

9. *Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb zgłaszania kandydatów na członków rady społecznej oraz regulamin działania rady społecznej, uwzględniając terminy zgłaszania członków, formę zgłoszeń oraz zakres zadań rady społecznej.*

Rozdział 5

Świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 47.

1. *Ubezpieczeni mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń zdrowotnych mających na celu zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie, z wyłączeniem:*
- 1) *świadczeń, których sposób finansowania określają odrębne przepisy, w tym świadczeń służby medycyny pracy;*
 - 2) *orzeczeń o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz innych orzeczeń i zaświadczeń lekarskich wydawanych na życzenie ubezpieczonego, jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy określoną w przepisach o ubezpieczeniu społecznym i ubezpieczeniu społecznym rolników, kontynuowaniem nauki, w tym w placówkach, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 16 i 17, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;*
 - 3) *świadczeń zdrowotnych w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach uzdrowiskowych niezwiązanych z bezpośrednią przyczyną skierowania ubezpieczonego na leczenie uzdrowiskowe;*
 - 4) *świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii innych niż określone w ustawie;*
 - 5) *szczepień ochronnych, z zastrzeżeniem ust. 3;*
 - 6) *ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków własnych ubezpieczonego;*
 - 7) *świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa.*
2. *Ubezpieczony skierowany do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego ponosi odpłatność za pobyt i wyżywienie ustaloną na podstawie odrębnych przepisów.*
3. *Fundusz finansuje koszty przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, o których mowa w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.*
4. *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 6, uwzględniając świadczenia zdrowotne, które nie są konieczne dla zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i urazom, wczesnego wykrywania chorób, leczenia oraz zapobiegania niepełnosprawności i jej ograniczania.*
5. *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, w odniesieniu do świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 7:*
- 1) *wykaz, zakres i tryb udzielania tych świadczeń;*

- 2) tryb przekazywania środków publicznych na realizację tych świadczeń;
 - 3) sposób ustalania ceny tych świadczeń oraz ich finansowania;
 - 4) podmioty sprawujące ocenę ich jakości
- uwzględniając wymagania dotyczące szczególnych kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń i konieczność użycia specjalistycznej aparatury.

[Art. 48.

1. Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia może skierować ubezpieczonego do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju.
3. Koszty leczenia lub badań diagnostycznych ubezpieczonego poza granicami kraju:
 - 1) wynikające z umów międzynarodowych;
 - 2) na podstawie skierowania ministra właściwego do spraw zdrowia, o którym mowa w ust. 2, wraz z kosztami transportu ubezpieczonego za granicę i do kraju- są finansowane z budżetu państwa.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób kierowania ubezpieczonego na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju i pokrywania kosztów tych świadczeń oraz kosztów transportu ubezpieczonego za granicę i do kraju, a także wzór wniosku o skierowanie na leczenie lub badanie diagnostyczne poza granicami kraju, uwzględniając zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego.]

<Art. 48.

1. Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, z wyjątkiem kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu zgodnie z przepisami o koordynacji.
2. Prezes Funduszu, na wniosek uprawnionego podmiotu, wydaje ubezpieczonemu zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w przypadku, o którym mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w ust. 2, w tym podmiot uprawniony do złożenia wniosku;
 - 2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1- mając na względzie szybkość postępowania, dobro ubezpieczonego oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia może, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określić, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane

nowe brzmienie art. 48 i dodany art. 48a obowiązują od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

świadczenia zdrowotne, uwzględniając aktualną, opartą na dowodach naukowych wiedzę i praktykę medyczną oraz kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisu art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71.

< Art. 48a.

- 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może, na wniosek uprawnionego podmiotu, skierować ubezpieczonego do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, biorąc pod uwagę opinię konsultanta krajowego właściwego w danej dziedzinie medycyny.**
- 2. Koszty leczenia lub badań diagnostycznych ubezpieczonego poza granicami kraju:**
 - 1) wynikające z umów międzynarodowych zawartych z państwami niebędącymi członkami Unii Europejskiej lub państwami członkowskimi Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;**
 - 2) powstałe na podstawie skierowania, o którym mowa w ust. 1, wraz z kosztami transportu ubezpieczonego za granicę i do kraju**
- są finansowane z budżetu państwa.
- 3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:**
 - 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w ust. 1, w tym podmiot uprawniony do złożenia wniosku;**
 - 2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1;**
 - 3) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w ust. 2**
- mając na względzie szybkość postępowania, dobro pacjenta oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju.>

Art. 49.

Ubezpieczony, w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego, ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej opartej na dowodach naukowych i praktyki medycznej, w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych.

Art. 50.

- 1. Fundusz realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób poprzez finansowanie działań w zakresie:**
 - 1) propagowania zachowań prozdrowotnych, w szczególności przez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;**

- 2) prowadzenia działań w zakresie profilaktycznych badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
 - 3) prowadzenia działań profilaktycznych, w tym promocji zdrowia oraz profilaktyki stomatologicznej obejmującej dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia;
 - 4) prowadzenia badań profilaktycznych, w tym profilaktyki stomatologicznej obejmującej kobiety w ciąży;
 - 5) profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
 - 6) wykonywania szczepień ochronnych;
 - 7) wykonywania badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia uprawiających sport amatorski.
2. Fundusz realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń, o których mowa w ust. 1, w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych :
- 1) realizowanych na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia i finansowanych z budżetu państwa;
 - 2) realizowanych i finansowanych przez Fundusz ze środków własnych;
 - 3) finansowanych z innych źródeł.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzeń, w odniesieniu do działań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 4, zakres świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych, wraz z okresami, w których te badania są przeprowadzane, uwzględniając szczególną rolę profilaktyki.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw kultury fizycznej i sportu, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób dokonywania kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakres koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwość w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu, uwzględniając potrzebę szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ukończenia 18 roku życia, a także zakres informacji przekazywanych wojewodzie o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad tymi osobami, uwzględniając profilaktykę stomatologiczną i promocję zdrowia, a w szczególności profilaktykę w środowisku nauczania.

Art. 51.

Ubezpieczony ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który podpisał umowę z Funduszem, na podstawie skierowania lekarza, lekarza stomatologa lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne, z zastrzeżeniem art. 121.

Art. 52.

1. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń rehabilitacji leczniczej w celu zapobieżenia niepełnosprawności, jej usunięcia, ograniczenia lub złagodzenia jej skutków.
2. Fundusz zapewnia ubezpieczonemu świadczenia, o których mowa w ust. 1, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
3. W przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 1, w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, koszty wyżywienia i zakwaterowania pokrywane są na zasadach określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej dla osób przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Art. 53.

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

Art. 54.

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

Art. 55.

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

Art. 56.

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

Art. 57.

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

- 1) po wniesieniu opłaty ryczałtowej - za leki podstawowe i recepturowe;*
- 2) za odpłatnością w wysokości 30% albo 50% ceny leku - za leki uzupełniające.]*

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

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

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

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

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

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

4. Leki niewpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzone z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy - Prawo farmaceutyczne mogą być wydawane po wniesieniu opłaty ryczałtowej, pod warunkiem że konieczność ich sprowadzenia z zagranicy oraz refundacji potwierdzona została przez Zarząd Funduszu.

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

- 1) wykazy leków podstawowych i uzupełniających;*

- 2) wysokość opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe;
 - 3) wysokość odpłatności za leki uzupełniające;
 - 4) wykaz leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych;
 - 5) ilość leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposób obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego
- uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków oraz bezpieczeństwo ich stosowania, a także możliwości płatnicze Funduszu.
6. Wykazy leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w ust. 5 pkt 1, aktualizowane są co najmniej dwa razy w roku.]
- 5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określa, w drodze rozporządzenia:**
- 1) wykaz leków i wyrobów medycznych podstawowych i uzupełniających;
 - 2) wysokość opłaty ryczałtowej za leki i wyroby medyczne podstawowe i recepturowe;
 - 3) wysokość odpłatności za leki i wyroby medyczne uzupełniające;
 - 4) wykaz leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych;
 - 5) ilość leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposób obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego
- uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków oraz bezpieczeństwo ich stosowania, a także możliwości płatnicze Funduszu.
- 6. Wykazy leków i wyrobów medycznych podstawowych i uzupełniających, o których mowa w ust. 5 pkt 1, aktualizowane są co najmniej dwa razy w roku.**

Art. 58.

1. Osobom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub nabyte leki i wyroby medyczne są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową określoną w art. 57 ust. 1 pkt 1 lub za częściową odpłatnością określoną w art. 57 ust. 1 pkt 2.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) wykaz chorób, o których mowa w ust. 1;
 - 2) wykaz leków i wyrobów medycznych, które ze względu na choroby określone w wykazie, o którym mowa w pkt 1, są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością
- uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków, bezpieczeństwo stosowania oraz możliwości płatnicze Funduszu.

Art. 59.

1. Ubezpieczonym w wieku powyżej 65 roku życia wydaje się, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 1, 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. 57 ust. 5 pkt 1, oraz ujęte w wykazie leków przepisywanych za opłatą ryczałtową, o którym mowa w art. 58 ust. 2.
5. Przepisy art. 55 ust. 2 i 3, art. 60 ust. 1, art. 61 ust. 1 oraz art. 66 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 60.

1. Wprowadza się limity cen leków zawartych w wykazach, o których mowa w art. 57 ust. 5 pkt 1 oraz art. 58 ust. 2 pkt 2, posiadających tę samą nazwę międzynarodową albo różne nazwy międzynarodowe, ale podobne działanie terapeutyczne.
2. Jednakowy limit ceny leku dotyczy leków, o których mowa w ust. 1, o tej samej dawce, wielkości opakowania i postaci farmaceutycznej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Apteka może wydać lek, o którym mowa w ust. 1, którego cena przekracza limit ceny, pobierając dodatkową dopłatę w wysokości różnicy między ceną wydawanego leku a wysokością limitu ceny.
4. Różne limity cen leków, o których mowa w ust. 1, mogą zostać ustalone w przypadku, gdy jest to uwarunkowane:
 - 1) obniżeniem dopłaty wnoszonej przez pacjenta za nabywany lek;
 - 2) zapewnieniem ciągłych dostaw leku na rynek.
5. Apteka ma obowiązek poinformować pacjenta o możliwości nabycia innego niż przepisany na receptę leku o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i w tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty wskazującej na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.
6. Jeżeli w wykazach, o których mowa w art. 57 ust. 5 pkt 1 i art. 58 ust. 2 pkt 2, zamieszczono lek o nazwie międzynarodowej, apteka może wydać, na zasadach określonych w art. 57 ust. 1, również inny lek dopuszczony do obrotu, niezamieszczony 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.

Art. 61.

1. *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, ustala, w drodze rozporządzenia, limity cen leków posiadających tę samą nazwę międzynarodową oraz leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, wymienionych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 57 ust. 5 pkt 1, oraz limity cen leków i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 58 ust. 2 pkt 2, uwzględniając w szczególności bezpieczeństwo ich stosowania.*
2. *Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, kryteria kwalifikacji leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, do grupy objętej wspólnym limitem ceny, biorąc pod uwagę wskazania terapeutyczne i bezpieczeństwo ich stosowania.*

Art. 62.

[1. *Wytwórca lub importer leków i wyrobów medycznych, zwany dalej „wnioskodawcą”, może składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o ich umieszczenie w wykazach, o których mowa w art. 57 ust. 5 pkt 1 i art. 58 ust. 2 pkt 2.]*

- 1. Podmiot odpowiedzialny lub wytwórca, zwany dalej „wnioskodawcą”, może składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o ich umieszczenie w wykazach, o których mowa w art. 57 ust. 5 pkt 1 i art. 58 ust. 2 pkt 2.**
- 1a. Wytwórca, autoryzowany przedstawiciel, dystrybutor lub importer wyrobów medycznych, zwany dalej „wnioskodawcą”, może składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o ich umieszczenie w wykazach, o których mowa w art. 57 ust. 5 pkt 1 i art. 58 ust. 2 pkt 2.**
2. *Wnioski, o których mowa w ust. 1, powinny zawierać w szczególności:*
 - 1) *oznaczenie wnioskodawcy, jego siedzibę i adres;*
 - 2) *nazwę i proponowaną cenę leku lub wyrobu medycznego;*
 - 3) *wielkość realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku i deklarowanych w okresie późniejszym;*
 - 4) *dzienny koszt terapii oraz średni koszt standardowej terapii;*
 - 5) *uzasadnienie wniosku i proponowanej ceny.*
3. *Wnioski, o których mowa w ust. 1, rozpatruje Zespół do Spraw Gospodarki Lekami działający na podstawie art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz.U. Nr 97, poz. 1050 oraz z 2002 r. Nr 144, poz. 1204), zwany dalej „Zespołem”.*
4. *W przypadku nieuwzględnienia wniosku Zespół informuje o tym wnioskodawcę, wskazując uzasadnienie zajętego stanowiska. Wnioskodawca może, w terminie 14 dni od dnia otrzymania tego stanowiska, zwrócić się do ministra właściwego do spraw zdrowia o ponowne rozpatrzenie wniosku.*
5. *Od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia przysługuje skarga do sądu administracyjnego.*

Art. 63.

Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia:

- 1) *szczegółowy zakres informacji zawartych we wnioskach, o których mowa w art. 62 ust. 1;*

2) sposób składania oraz tryb i terminy rozpatrywania wniosków, o których mowa w art. 62 ust. 1, uwzględniając w szczególności, że rozpatrywanie wniosku nie może trwać dłużej niż 90 dni, licząc od dnia jego złożenia, z tym że w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do umieszczenia danego leku i wyrobu medycznego we właściwym wykazie bieg tego terminu ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia wniosku, oraz że w przypadku gdy procedura umieszczenia leku lub wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w art. 57 ust. 5 pkt 1 i art. 58 ust. 2 pkt 2, występuje łącznie z rozpatrywaniem informacji lub wniosku o ustalenie ceny urzędowej, łączny termin nie może przekroczyć 180 dni, a w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosków łącznie, bieg tego terminu ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia wniosku.

Art. 64.

1. Ubezpieczonemu, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu, o którym mowa w art. 60 ust. 1, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza albo felczera niebędącego lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.
2. Osoba uprawniona okazuje legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” wydaną przez Polski Czerwony Krzyż. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu osoby uprawnionej potwierdzającego jej uprawnienie.

Art. 65.

1. Inwalidom wojennym, ich współmałżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych uprawnionym do renty rodzinnej, a także osobom, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 2, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolem „Rp” i wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Receptę dla osób, o których mowa w ust. 1, może wystawić lekarz albo felczer, o którym mowa w art. 64 ust. 1.
3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu osoby uprawnionej potwierdzającego jej uprawnienie.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określa, w drodze rozporządzenia, wzór recepty, o której mowa w ust. 2, rodzaj i numer dokumentu uprawniającego, sposób zaopatrywania, przechowywania i rozliczania recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji.

Art. 66.

1. Osobom:
 - 1) które są inwalidami wojskowymi;

- 2) które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i 8 ustawy, o której mowa w art. 5 pkt 5, i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów;
 - 3) wymienionym w art. 42 i 59 ustawy, o której mowa w art. 5 pkt 5
- przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.
2. Receptę dla osób, o których mowa w ust. 1, może wystawić lekarz albo felczer, o którym mowa w art. 64 ust. 1.
 3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania lekarzowi albo felczerowi wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie. Osoba przedstawiająca receptę do realizacji jest obowiązana do okazania dokumentu osoby uprawnionej potwierdzającego jej uprawnienie.
 4. Bezpłatne zaopatrzenie w leki osób, o których mowa w ust. 1, przysługuje do wysokości limitu, o którym mowa w art. 60 ust. 1.

Art. 67.

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

Art. 68.

1. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługuje ubezpieczonym na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Inwalidom wojennym i wojskowym przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego do wysokości limitu ceny, o którym mowa w ust. 5.
3. Udział Funduszu w cenie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% limitu ceny określonego na podstawie ust. 5 dla przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego albo ceny nabycia przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego, jeżeli limit ceny nie został ustalony.
4. Limit ceny określony dla naprawy przedmiotu ortopedycznego może być wykorzystany przez ubezpieczonego dla dokonania naprawy użytkowanego przedmiotu ortopedycznego w okresie używalności ustalonym dla danego przedmiotu ortopedycznego.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, może wprowadzić, w drodze rozporządzenia, limit cen dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach - w zakresie którego Fundusz finansuje to świadczenie, oraz limit cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych, uwzględniając dobro ubezpieczonego oraz możliwości płatnicze Funduszu.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, wysokość udziału

własnego ubezpieczonego w cenie ich nabycia, kryteria ich przyznawania, okresy użytkowania, a także przedmioty ortopedyczne podlegające naprawie w zależności od wskazań medycznych.

Art. 69.

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

Art. 70.

- 1. Ubezpieczonemu na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem w przypadkach:
 - 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej;*
 - 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.**
- 2. Ubezpieczonemu na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.*
- 3. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonemu przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.*

4. *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz grup jednostek chorobowych, stopnie niesprawności oraz wysokość udziału własnego ubezpieczonego, w przypadkach określonych w ust. 3, w zależności od wskazań medycznych.*

Art. 71.

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

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

dodany art. 71a obowiązuje od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

<Art. 71a.

1. **Osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego, jest obowiązana przedstawić poświadczenie.**
2. **Osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a rozporządzenia nr 1408/71, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń, wystawionego przez zagraniczną instytucję właściwą.**
3. **Jeżeli poświadczenie albo dokument, o którym mowa w ust. 2, nie zostaną przedstawione w przypadku:**

- 1) nagłego zachorowania, wypadku, urazu lub zatrucia;
 - 2) stanu zagrożenia życia;
 - 3) porodu
- przepisy art. 71 ust. 2-4, 6, 8 i 9 stosuje się odpowiednio.>

Rozdział 6

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Art. 72.

1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą.
2. Świadczenia zdrowotne nieokreślone w umowie finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie.
3. Suma kwot zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawców nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Art. 73.

1. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych są jawne.
2. Fundusz realizuje zasadę jawności umów poprzez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń oraz maksymalnej kwoty zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów.

Art. 74.

Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki udzielania świadczeń zdrowotnych zawierające postanowienia, o których mowa w art. 75 pkt 1-3 i 5, tryb wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając równe traktowanie świadczeniodawców, wskazania wynikające z aktualnej wiedzy i praktyki medycznej oraz zasady uczciwej konkurencji.

Art. 75.

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń;
- 2) warunki udzielania świadczeń;
- 3) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
- 4) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
- 5) zasady rozpatrywania kwestii spornych i zażaleń.

[Art. 76.

1. Przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych stosuje się odpowiednio art. 29 i 30 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. Nr 19, poz. 177).]

nowe brzmienie art. 76 obowiązuje od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

<Art. 76.

Do zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.>

Art. 77.

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

Art. 78.

1. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:
 - 1) konkursu ofert albo
 - 2) rokowań.
2. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z zasadami określonymi na podstawie ust. 5. W celu przeprowadzenia rokowań oprócz zamieszczenia ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenie.
- [3. Ogłoszenie zawiera w szczególności nazwę (firmę) i adres (siedzibę) zamawiającego, określenie wartości i przedmiotu zamówienia, wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie lub europejskich aprobat technicznych oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej.]

nowe brzmienie ust. 3 w art. 78 oraz dodane art. 78a i 78b obowiązuje od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

<3. Ogłoszenie zawiera w szczególności nazwę (firmę) i adres (siedzibę) zamawiającego, określenie wartości i przedmiotu zamówienia.>

4. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy Fundusz powołuje komisję. Tryb pracy komisji w drodze regulaminu określa Rada Funduszu.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Fundusz, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadania, uwzględniając równe traktowanie świadczeniodawców oraz uczciwą konkurencję.

<Art. 78a.

- 1. Przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty.**
- 2. Przedmiotu zamówienia nie można opisywać:**
 - 1) w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję;**
 - 2) przez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, chyba że jest to uzasadnione specyfiką przedmiotu zamówienia lub zamawiający nie może opisać przedmiotu zamówienia za pomocą dostatecznie dokładnych określeń, a wskazaniu takiemu towarzyszą wyrazy „lub równoważne” „lub inne równoznaczne wyrazy”.**

Art. 78b.

- 1. Fundusz opisuje przedmiot zamówienia za pomocą cech technicznych i jakościowych, z uwzględnieniem Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane.**
- 2. W przypadku braku Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane uwzględnia się:**
 - 1) europejskie aprobaty techniczne;**
 - 2) wspólne specyfikacje techniczne;**
 - 3) Polskie Normy przenoszące normy europejskie;**
 - 4) normy państw członkowskich Unii Europejskiej przenoszące europejskie normy zharmonizowane;**
 - 5) Polskie Normy wprowadzające normy międzynarodowe;**
 - 6) Polskie Normy;**
 - 7) polskie aprobaty techniczne.**
- 3. Fundusz może odstąpić od opisywania przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem Polskich Norm przenoszących europejskie normy zharmonizowane, europejskich aprobat technicznych lub wspólnych specyfikacji technicznych, jeżeli:**
 - 1) nie zawierają one żadnych wymagań dotyczących zapewnienia zgodności z wymaganiami zasadniczymi;**
 - 2) ich stosowanie nakładałoby na zamawiającego obowiązek używania wyrobów niewspółdziałających z już stosowanymi urządzeniami, lub**
 - 3) ich stosowanie nie byłoby właściwe ze względu na innowacyjny charakter przedmiotu zamówienia.**
- 4. Do opisu przedmiotu zamówienia stosuje się nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień, określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n.).>**

Art. 79.

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

Art. 80.

1. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej składnikiem oferty jest lista zadeklarowanych podopiecznych do lekarza, który udziela świadczeń zdrowotnych w ramach zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej.
2. W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej składnikiem oferty jest lista zadeklarowanych podopiecznych do pielęgniarki lub położnej, które udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach zakładu opieki zdrowotnej, praktyki pielęgniarskiej lub praktyki położniczej.

Art. 81.

1. Fundusz może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie rokowań wyłącznie w przypadkach określonych w ustawie.
2. Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie rokowań wymaga zgody Rady Funduszu, jeżeli wartość przedmiotu umowy przekracza równowartość w złotych 200 000 euro po przeliczeniu według kursu średniego ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu ogłoszenia o przepro-

wadzeniu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 82.

1. Przez rokowania rozumie się tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w którym Fundusz prowadzi postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń zdrowotnych z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty oraz sprawny przebieg postępowania, nie mniejszą jednak niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń zdrowotnych lub ograniczoną dostępność do świadczeń jest mniej świadczeniodawców mogących ich udzielać.
2. Rokowania składają się z części jawnej i niejawnej.
3. Do części jawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 79 ust. 3.
4. Do części niejawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 79 ust. 6.

Art. 83.

Postępowanie w trybie rokowań może być przeprowadzone, jeżeli:

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

Art. 84.

W przypadku, o którym mowa w art. 83 pkt 1, Fundusz zaprasza do udziału w rokowaniach świadczeniodawców:

- 1) którzy złożyli najkorzystniejsze oferty w unieważnionym konkursie ofert i
- 2) których oferty nie zostały odrzucone w unieważnionym konkursie ofert.

Art. 85.

Po przeprowadzeniu rokowań strony zawierają umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem art. 95 ust. 2.

Art. 86.

1. Fundusz obowiązany jest do traktowania na równych prawach wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.
2. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Art. 87.

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

Art. 88.

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

Art. 89.

1. Odrzuca się ofertę:
 - 1) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;
 - 2) gdy dostarczone przez świadczeniodawcę informacje są nieprawdziwe;
 - 3) gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów;
 - 4) gdy świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 1, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem, jeżeli jest to możliwe.
3. W przypadku określonym w ust. 1 pkt 3 oraz gdy oferta zawiera braki formalne inne niż określone w ust. 1 pkt 1, 2 lub 4, komisja może zobowiązać oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Art. 90.

1. Zarząd Funduszu, na wniosek komisji, unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, gdy:
 - 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń zdrowotnych;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

Art. 91.

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmuje w szczególności ocenę:

- 1) zakresu merytorycznego oferowanych świadczeń zdrowotnych, kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne oraz stopnia zapewnienia ubezpie-

czonemu ciągłości dostępu do świadczeń zdrowotnych, w szczególności diagnostyki i terapii;

- 2) jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych również w oparciu o wewnętrzną oraz zewnętrzną ocenę, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją;
- 3) ceny oferowanych świadczeń zdrowotnych.

Art. 92.

1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.
2. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert.
3. O rozstrzygnięciu rokowań ogłasza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
4. Ogłoszenie zawierające nazwę (firmę) lub imię i nazwisko, siedzibę i adres świadczeniodawcy, który został wybrany, niezwłocznie zamieszcza się na tablicy informacyjnej oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
5. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.

[6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego jest obowiązany kierować do publikacji w Dzienniku Urzędowym Wspólnot Europejskich ogłoszenia o wynikach rozstrzygniętych postępowań.]

<6. Ogłoszenie o wyniku rozstrzygniętego postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przekazuje Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, jeżeli wartość przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro. >

< 7. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, wzór ogłoszenia, o którym mowa w ust. 6, uwzględniając prawidłowość przekazywania danych o wyniku rozstrzygnięcia postępowania.>

nowe brzmienie ust. 6 i dodany ust. 7 w art. 92 obowiązują od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

Art. 93.

1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 94 i 95.
2. Środki odwoławcze nie przysługują na:
 - 1) wybór trybu postępowania;
 - 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
 - 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 94.

1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji

- umotywowany protest w terminie 2 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.*
- 2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.*
 - 3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 2 dni od dnia jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.*
 - 4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.*
 - 5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.*
 - 6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.*

Art. 95.

- 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może złożyć do Funduszu odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.*
- 2. Wniesione odwołanie wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia.*
- 3. Zarząd Funduszu lub osoba przez niego upoważniona rozpoznaje i rozstrzyga odwołanie w ciągu 7 dni od dnia jego złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu odwołanie.*
- 4. Informację o wniesieniu odwołania i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.*
- 5. W przypadku uwzględnienia odwołania przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Do ponownie przeprowadzanego postępowania stosuje się odpowiednio również art. 83 pkt 1 oraz art. 84 pkt 2. Art. 84 pkt 1 nie stosuje się.*
- 6. Świadczeniodawcy, którego odwołanie nie zostało uwzględnione, przysługuje skarga do Sądu Okręgowego w Warszawie.*
- 7. Od wyroku sądu nie przysługuje kasacja do Sądu Najwyższego.*

Art. 96.

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

Art. 97.

- 1. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie mogą być zawierane na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga wcześniejszej zgody Rady Funduszu.*

2. *W przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na okres dłuższy niż rok świadczeniodawca przez okres obowiązywania umowy nie może ubiegać się o zawarcie nowej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym samym zakresie i dotyczącej tego samego przedmiotu. Nie dotyczy to przypadku, gdy spełnione są przesłanki do zawarcia umowy określone w art. 83 pkt 2 lub 3.*

Art. 98.

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

Art. 99.

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

Art. 100.

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

Rozdział 7

Planowanie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych

Art. 101.

W celu określenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych oraz warunków należytego zabezpieczenia tych potrzeb tworzy się:

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

Art. 102.

1. *Projekt wojewódzkiego planu zdrowotnego opracowuje zarząd województwa, a zatwierdza sejmik województwa, w drodze uchwały.*
2. *Projekt planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowywany jest wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.*
3. *Plany, o których mowa w ust. 1 i 2, określają najważniejsze krótkoterminowe i długoterminowe cele zdrowotne oraz proponowane sposoby ich osiągnięcia.*
4. *W wojewódzkim planie zdrowotnym na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej obywateli i jej uwarunkowań ustala się priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych.*
5. *W planie zdrowotnym dla służb mundurowych Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości oraz minister właściwy do spraw wewnętrznych na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej ubezpieczonych wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 2, 3-12 i członków ich rodzin oraz jej uwarunkowań wspólnie ustalają:*

- 1) *priorytety w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 2, 3-12 i członków ich rodzin;*
 - 2) *zakłady opieki zdrowotnej wykonujące zadania w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 2, 3-12 oraz świadczenia zdrowotne na rzecz tych ubezpieczonych związane z realizacją zadań z zakresu obronności i bezpieczeństwa państwa, z wyłączeniem świadczeń służby medycyny pracy.*
6. *Wojewoda jest obowiązany do przekazywania zarządowi województwa gromadzonych danych epidemiologicznych i statystycznych niezbędnych do przygotowania wojewódzkiego planu zdrowotnego.*
7. *Przy opracowywaniu wojewódzkiego planu zdrowotnego zarząd województwa zasięga opinii wojewody, organów powiatów i samorządów zawodów medycznych.*

Art. 103.

1. *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne, oraz zakres danych niezbędnych do przygotowania wojewódzkiego planu zdrowotnego, uwzględniając w szczególności zapewnienie ubezpieczonym całodobowego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz tworzenie warunków do życia w środowisku sprzyjającym zdrowiu.*
2. *Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakim powinien odpowiadać plan zdrowotny dla służb mundurowych oraz zakres danych niezbędnych do przygotowania tego planu, uwzględniając w szczególności potrzeby zdrowotne ubezpieczonych wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 2, 3-12 i członków ich rodzin oraz specyfikę zadań wykonywanych przez ubezpieczonych wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 2, 3-12.*

Art. 104.

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

wewnętrznych przekazują do centrali Funduszu do dnia 15 kwietnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

Art. 105.

1. Właściwy wojewódzki oddział Funduszu opiniuje wojewódzki plan zdrowotny pod względem zabezpieczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych i ciągłości ich udzielania dla ubezpieczonych.
2. Wojewódzki oddział Funduszu na podstawie przedłożonego wojewódzkiego planu zdrowotnego oraz analizy informacji statystycznych o realizacji świadczeń zdrowotnych na terenie danego województwa w latach poprzednich przygotowuje projekt wojewódzkiego planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „wojewódzkim planem zabezpieczenia”.
3. Komórka organizacyjna centrali Funduszu, o której mowa w art. 38 ust. 5, na podstawie przedłożonego planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowuje projekt planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych, zwanego dalej „planem zabezpieczenia dla służb mundurowych”.
4. Projekty planów, o których mowa w ust. 2 i 3, określają w szczególności liczbę i zakres świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi oraz w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych.
5. Plan zabezpieczenia wraz z zaopiniowanym planem zdrowotnym właściwy oddział wojewódzki Funduszu przekazuje najpóźniej do dnia 15 maja roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan, do centrali Funduszu.
6. W przypadku stwierdzenia, że plan zdrowotny nie gwarantuje zabezpieczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych i ciągłości ich udzielania, w opinii, o której mowa w ust. 1, właściwy oddział wojewódzki Funduszu zamieszcza propozycje zmian.
7. Jeżeli sejmik województwa nie przedstawi właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu wojewódzkiego planu zdrowotnego w terminie określonym w art. 104 ust. 4, plan ten oraz wojewódzki plan zabezpieczenia przygotowuje, we współpracy z wojewodą, właściwy oddział wojewódzki Funduszu i przekazuje go bezpośrednio do centrali Funduszu w terminie do dnia 15 maja roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
8. W przypadku gdy Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych nie przekażą do Funduszu planu, o którym mowa w art. 102 ust. 2, w terminie, o którym mowa w art. 104 ust. 5, plan ten przygotowuje Zarząd Funduszu.

Art. 106.

1. Zarząd Funduszu na podstawie wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych oraz wojewódzkich planów zabezpieczenia i planu zabezpieczenia dla służb mundurowych opracowuje projekt Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, zwanego dalej „krajowym planem”, uwzględniając opinie, uwagi i propozycje oddziałów wojewódzkich Funduszu.
2. Krajowy plan opracowywany jest na rok kalendarzowy.
3. Projekt krajowego planu określa w szczególności liczbę oraz zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu.
4. Zarząd Funduszu przedstawia projekt krajowego planu Radzie Funduszu w terminie do dnia 15 czerwca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

5. Rada Funduszu przyjmuje projekt krajowego planu do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
6. Przyjęty przez Radę Funduszu projekt krajowego planu przekazywany jest w ciągu 7 dni:
 - 1) w części odnoszącej się do danego województwa - do właściwego sejmiku województwa i wojewody;
 - 2) w zakresie planu zabezpieczenia dla służb mundurowych - do właściwych ministrów.
7. Rada Funduszu wraz z projektem krajowego planu przedkłada ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych oraz opinie i propozycje zmian do tych planów zgłoszone przez oddziały wojewódzkie Funduszu oraz komórkę organizacyjną wymienioną w art. 38 ust. 5.
8. Sejmik województwa i wojewoda, za pośrednictwem właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, może przedstawić opinie do przedłożonej mu części projektu krajowego planu w terminie do dnia 21 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
9. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych mogą przedstawić Zarządowi Funduszu opinie do przedłożonego im projektu krajowego planu w terminie do dnia 21 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia może wnieść uwagi do projektu krajowego planu w terminie do dnia 21 lipca poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

Art. 107.

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

Art. 108.

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

3. Krajowy plan stanowi podstawę do sporządzania przez Zarząd Funduszu projektu planu finansowego Funduszu.

Art. 109.

1. Krajowy plan tworzy się w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu, uwzględniając możliwe do zabezpieczenia potrzeby zdrowotne ubezpieczonych.
2. Realizacja krajowego planu następuje w drodze zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami przez oddziały Funduszu.

Art. 110.

1. Fundusz może dokonać zmiany krajowego planu w trakcie roku, którego ten plan dotyczy:
 - 1) w przypadku gdy jest to uzasadnione potrzebami zdrowotnymi osób ubezpieczonych, których nie można było przewidzieć w chwili przyjmowania i zatwierdzania planu;
 - 2) w związku z innymi niż prognozowano wpływami do Funduszu.
2. Każda zmiana krajowego planu musi odpowiadać zasadom określonym w art. 108 ust. 2.

Art. 111.

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

Art. 112.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia na podstawie analizy długookresowych trendów epidemiologicznych, wskaźników zdrowotnych, zmian czynników mających wpływ na stan zdrowotny obywateli oraz wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych przygotowuje wieloletni Narodowy Plan Zdrowotny, zwany dalej „Narodowym Planem”, w którym określa priorytetowe cele polityki zdrowotnej oraz wytyczne do ich osiągnięcia.
2. Narodowy Plan opracowywany jest co najmniej na 4 lata i zawiera również, opracowane na podstawie wojewódzkich planów zdrowotnych i planu zdrowotnego dla służb mundurowych, szczegółowe wytyczne na temat priorytetowych celów polityki zdrowotnej oraz wytyczne ich osiągnięcia na najbliższy rok kalendarzowy.
3. Narodowy Plan powinien uwzględniać rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia oraz priorytety zdrowotne określone przez Radę Ministrów.

4. *Narodowy Plan aktualizowany jest każdego roku w oparciu o wojewódzkie plany zdrowotne i plan zdrowotny dla służb mundurowych.*
5. *Minister właściwy do spraw zdrowia przygotowuje Narodowy Plan w terminie do dnia 30 września roku poprzedzającego pierwszy rok obejmowany tym planem.*

Art. 113.

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

Rozdział 8

Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych

Art. 114.

1. *Ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku.*
2. *Wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej potwierdza oświadczenie woli ubezpieczonego złożone w formie deklaracji wyboru lekarza, deklaracji wyboru pielęgniarki i deklaracji wyboru położnej, zwanej dalej „deklaracją wyboru”.*
3. *Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2, składane jest na formularzu Funduszu.*
4. *Świadczeniodawca udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej ma obowiązek każdorazowego sprawdzenia poprawności wypełnienia deklaracji wyboru. Świadczeniodawca udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przed przyjęciem deklaracji wyboru sprawdza uprawnienia pacjenta do korzystania ze świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie.*
5. *Wypełnione deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie, zapewniając ich dostępność ubezpieczonym, którzy je złożyli, z zachowaniem wymogów wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).*

Art. 115.

1. *Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do podejmowania wszelkich działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, a w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.*
2. *W ramach świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniodawca zapewnia ubezpieczonym dostęp do badań diagnostycznych oraz daytimej i nocnej pomocy wyjazdowej zgodnie z zakresem swoich kompetencji.*
3. *Osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach daytimej lub nocnej pomocy wyjazdowej korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.*
4. *Świadczenia zdrowotne znajdujące się w kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej udzielane są przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub też na podstawie odpowiednich porozumień przez innych świadczeniodawców.*

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

Art. 116.

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

Art. 117.

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

Art. 118.

1. *Świadczenia ambulatoryjne z zakresu specjalistycznej opieki zdrowotnej są udzielane w ramach porad specjalistycznych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.*
2. *Skierowanie dla ubezpieczonego nie jest wymagane do świadczeń:*
 - 1) *ginekologa i położnika;*
 - 2) *stomatologa;*
 - 3) *dermatologa;*
 - 4) *wenerologa;*
 - 5) *onkologa;*
 - 6) *okulisty;*
 - 7) *psychiatry;*
 - 8) *dla osób chorych na gruźlicę;*
 - 9) *dla osób zakażonych wirusem HIV;*
 - 10) *dla inwalidów wojennych;*
 - 11) *dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych - w zakresie leczenia odwykowego.*

Art. 119.

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

2. Ubezpieczony ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę z Funduszem.
3. Ubezpieczony ma prawo wyboru podmiotu prowadzącego długoterminową opiekę pielęgniarstwa, który zawarł umowę z Funduszem.

Art. 120.

Ambulatoryjne specjalistyczne świadczenie zdrowotne udzielone ubezpieczonemu bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli jest ono wymagane, opłaca ubezpieczony.

Art. 121.

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

Art. 122.

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

Art. 123.

1. Ubezpieczony ma prawo do refundacji przez Fundusz wydatków poniesionych w związku z uzyskaniem świadczeń zdrowotnych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub nagłego porodu, udzielanych przez świadczeniodawców niezwiązanych umową z Funduszem, o ile wykaże, że nie miał możliwości uzyskania tych świadczeń u świadczeniodawcy, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
2. Refundacja, o której mowa w ust. 1, przysługuje ubezpieczonemu do wysokości przeciętnych kosztów takich świadczeń zdrowotnych ponoszonych przez Fundusz na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 124.

1. Leki i wyroby medyczne są wydawane ubezpieczonym w aptece na zasadach określonych w ustawie.
2. Apteka ma obowiązek w szczególności:
 - 1) zapewnić dostępność leków i wyrobów medycznych objętych wykazami leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 57, oraz leków i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 58;
 - 2) udostępniać do kontroli przez Fundusz lub na jego zlecenie przez organy nadzoru farmaceutycznego dokumentację, którą apteka jest obowiązana prowadzić na podstawie odrębnych przepisów;
 - 3) przekazywać Funduszowi informacje zawarte w treści poszczególnych zrealizowanych recept na refundowane leki i wyroby medyczne.

Art. 125.

1. *Apteka po przedstawieniu Funduszowi zestawień, o których mowa w ust. 5 pkt 2, nie częściej niż co 14 dni, otrzymuje refundację ceny leku lub wyrobu medycznego wydawanego ubezpieczonym bezpłatnie lub za częściową odpłatnością.*
2. *Refundacja, o której mowa w ust. 1, nie może przekraczać ustalonego limitu ceny, z zastrzeżeniem art. 65 i 66 ust. 1, i dokonywana jest przez Fundusz na zasadach, o których mowa w ust. 3-5.*
3. *Po przeanalizowaniu przedstawionych przez aptekę zestawień zbiorczych recept, nie później niż 15 dni od otrzymania zestawienia, Fundusz dokonuje refundacji, o której mowa w ust. 1.*
4. *W przypadku przekroczenia przez Fundusz terminu, o którym mowa w ust. 3, aptece przysługują odsetki ustawowe.*
5. *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:*
 - 1) *sposób przedstawiania przez apteki Funduszowi zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji;*
 - 2) *wzór zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji**- uwzględniając terminy przedstawiania zestawień i warunki ich przedstawiania.*

Art. 126.

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

Art. 127.

1. *Fundusz przeprowadza kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń, a w szczególności kontrolę:*
 - 1) *sposobu korzystania ze świadczeń przez ubezpieczonych, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania;*
 - 2) *stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami;*
 - 3) *sposobu korzystania ze świadczeń specjalistycznych i stosowanych technologii medycznych;*
 - 4) *zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji;*
 - 5) *zasad wystawiania recept.*
2. *Kontrola dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych może być przeprowadzana tylko przez upoważnionych pracowników Funduszu posiadających wykształcenie medyczne z właściwej dziedziny medycyny.*
3. *Kontrolę jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych Fundusz może zlecić, w razie potrzeby, konsultantowi krajowemu lub wojewódzkiemu z właściwej dziedziny medycyny lub innej osobie posiadającej wykształcenie medyczne we właściwej dziedzinie medycyny.*

4. Do kontroli, o której mowa ust. 1, stosuje się odpowiednio art. 156 ust. 2-6 oraz art. 157-170.
5. Podmiot kontrolowany stosuje się do zaleceń zawartych w wystąpieniu pokontrolnym.

Rozdział 9

Gospodarka finansowa Funduszu

Art. 128.

Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

Art. 129.

Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi.

Art. 130.

1. Tworzy się fundusz podstawowy i fundusz zapasowy Funduszu.
2. Fundusz zapasowy zwiększa się o zatwierdzony zysk netto za rok obrotowy.
3. Fundusz zapasowy zmniejsza się o zatwierdzoną stratę netto za rok obrotowy.

Art. 131.

1. Przychodami Funduszu są:

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

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

Art. 132.

Kosztami Funduszu są:

[1]koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych;]

<1) koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;>

2)koszty refundacji leków;

3)koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty utrzymania nieruchomości, amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, wynagrodzenia wraz z pochodnymi, diety i zwroty kosztów podróży;

4)koszty poboru i ewidencji składek;

nowe brzmienie pkt 1
w art. 132 obowiązuje
od 1.05. do
31.12.2004 r. (Dz.U. z
2004 r. Nr 93, poz.
892).

- 5) odszkodowania;
- 6) koszty zadań zleconych;
- 7) inne koszty.

Art. 133.

<1.> Fundusz jest obowiązany lokować swoje środki na rachunkach bankowych w bankach, których kapitał własny wynosi co najmniej 100 000 000 zł, w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa i rentowności przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków.

<2. Fundusz może lokować swoje środki w jednostki uczestnictwa funduszy rynku pieniężnego, o których mowa w art. 178 ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (Dz.U. Nr 146, poz. 1546).>

Art. 134.

Wysokość przychodów i kosztów Funduszu na dany rok określa się w planie finansowym Funduszu.

Art. 135.

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

Art. 136.

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

Art. 137.

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

dodany ust. 2 w art. 133 wszedł w życie z dn. 1.07.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 146, poz. 1546).

5. *Zatwierdzony plan finansowy Zarząd Funduszu przesyła niezwłocznie do oddziałów wojewódzkich Funduszu w celu jego realizacji.*

Art. 138.

1. *Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznaczają się w szczególności na:*
 - 1) *pokrycie strat z lat ubiegłych lub*
 - 2) *fundusz zapasowy Funduszu.*
2. *O przeznaczeniu zysku decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych.*

Art. 139.

1. *Fundusz w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych sporządza coroczną prognozę przychodów i kosztów na kolejne 3 lata.*
2. *Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje udzielają nieodpłatnie Funduszowi informacji koniecznych do sporządzenia prognoz, o których mowa w ust. 1. Fundusz przesyła prognozy ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych niezwłocznie po ich sporządzeniu.*

Art. 140.

1. *Fundusz przeprowadza coroczne badanie sprawozdania finansowego przez biegłych rewidentów oraz prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694), z wyłączeniem art. 80 ust. 3.*
2. *Centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu sporządzają samodzielnie sprawozdanie finansowe. Łączne sprawozdanie finansowe Funduszu sporządza centrala Funduszu.]*

Rozdział 10

Przetwarzanie i ochrona danych

Art. 141.

1. *Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób ubezpieczonych w celu:*
 - 1) *stwierdzenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;*
 - 2) *wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;*
 - 3) *stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;*
 - 4) *kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;*
 - 5) *rozliczenia ze świadczeniodawcami;*
 - 6) *rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Funduszu;*
 - 7) *kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;*

- 8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne.

<1a. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji w celu:

- 1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń zdrowotnych;
- 2) rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń zdrowotnych;
- 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
- 5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.

1b. Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych:

- 1) osób ubezpieczonych w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-8;
- 2) osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji w celu określonym w ust. 1a pkt 2 i 3.>

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

- 1) nazwisko i imię;
- 2) nazwisko rodowe;
- 3) numer identyfikacyjny PESEL;
- 4) numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer;
- 5) seria i numer dowodu osobistego lub paszportu - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
- 6) data urodzenia;
- 7) płeć;
- 8) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;
- 9) adres zamieszkania;
- 10) stopień niepełnosprawności - w przypadku członka rodziny;
- 11) rodzaj uprawnień oraz numer i data ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 65 ust. 1 i art. 66 ust. 1, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub produktów leczniczych niż wynikające z ustawy;
- 12) udzielone ubezpieczonemu świadczenia zdrowotne w zakresie określonym w rozporządzeniu, o którym mowa w art. 143 ust. 1 pkt 1.]

<2. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1-1b, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz mają prawo do przetwarzania następujących danych:

- 1) nazwisko i imię (imiona);
- 2) nazwisko rodowe;
- 3) data urodzenia;

dodany ust. 1a i 1b oraz nowe brzmienie ust. 2 w art. 141 obowiązują od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

- 4) **pleć;**
 - 5) **obywatelstwo;**
 - 6) **narodowość;**
 - 7) **stan cywilny;**
 - 8) **numer identyfikacyjny PESEL;**
 - 9) **numer NIP – w przypadku osób, którym nadano ten numer;**
 - 10) **seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;**
 - 11) **adres zamieszkania;**
 - 12) **adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;**
 - 13) **numer ubezpieczenia;**
 - 14) **stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;**
 - 15) **stopień niepełnosprawności - w przypadku członka rodziny;**
 - 16) **rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 65 ust. 1 i art. 66 ust. 1, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub produktów leczniczych niż wynikające z ustawy;**
 - 17) **dotyczące udzielonych świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonym w rozporządzeniu, o którym mowa w art. 143 ust. 1 pkt 1;**
 - 18) **przyczyny udzielonych świadczeń zdrowotnych;**
 - 19) **nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji.>**
3. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych.
 4. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby spośród wymienionych w art. 9 ust. 1 pkt 2-8, wobec których z uwagi na konieczność zapewnienia form i metod realizacji zadań stanowiących tajemnicę państwową stosuje się odrębny tryb przetwarzania danych, o których mowa w ust. 2. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.

Art. 142.

1. Apteki są obowiązane udostępniać do kontroli na żądanie Funduszu do wglądu recepty i przekazywać niezbędne dane, o których mowa w art. 143 ust. 2.
2. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych, o których mowa w art. 143 ust. 1 pkt 1.

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

Art. 143.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania Funduszowi, wojewodom i sejmikom województw, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów;
 - 2) zakres niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Funduszu oraz wzory i sposób przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdań okresowych, a także wzory i sposób przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wojewodom i sejmikom województw zbiorczych informacji dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonym- biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki Funduszowi i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

Art. 144.

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

Art. 145.

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

Rozdział 11

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

Art. 146.

1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przeprowadzają kontrolę wykonywania obowiązków płatników w zakresie zgłoszenia ubezpieczonych do Funduszu i opłacania składki.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Funduszu, może zobowiązać Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, określając jednocześnie jej zakres przedmiotowy i podmiotowy.
3. Do zakresu kontroli, o której mowa w ust. 1, należy kontrola rzetelności:

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

Art. 147.

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

Rozdział 12

Postępowanie w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 148.

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

Art. 149.

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

Art. 150.

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

Rozdział 13

Nadzór nad realizacją ubezpieczenia zdrowotnego

(rozdz. 13 niezgodny z Konstytucją - wyrok TK Dz.U. z 2004 r. Nr 5, poz. 37 - traci moc z dniem 31 grudnia 2004 r.)

[Art. 151.

Nadzór nad Funduszem sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 152.

Osoby wykonujące w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia czynności nadzoru nad Funduszem nie mogą być członkami organów lub pracownikami Funduszu, świadczeniodawcami mającymi umowę z Funduszem ani pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Art. 153.

- 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór, stosując kryterium legalności, nad działalnością:
 - 1) Funduszu;*
 - 2) świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Funduszem.**
- 2. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad gospodarką finansową Funduszu, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.*
- 3. Minister właściwy do spraw zdrowia bada uchwały przyjmowane przez Zarząd i Radę Funduszu i przesyłane mu niezwłocznie przez te organy, w zakresie zgodności z prawem, i stwierdza nieważność uchwały w całości lub w części, jeżeli narusza ona prawo lub stwarza zagrożenie wystąpienia ujemnego wyniku finansowego.*
- 4. Przepisów ust. 3 nie stosuje się do uchwał dotyczących krajowego planu, o którym mowa w art. 106, oraz planu finansowego, o którym mowa w art. 137.*
- 5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, rozpatruje i zatwierdza roczne sprawozdania finansowe Funduszu.*
- 6. W uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia może żądać dodatkowych danych dotyczących sprawozdania finansowego.*

Art. 154.

W przypadku niezatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego Funduszu minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do:

- 1) Prezesa Rady Ministrów - po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu o odwołanie Prezesa Funduszu, lub*
- 2) Rady Funduszu - o odwołanie innych członków Zarządu.*

Art. 155.

1. *Minister właściwy do spraw zdrowia może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę działalności i stanu majątkowego Funduszu, a także kontrolę świadczeniodawców - w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.*
2. *Przy przeprowadzaniu kontroli minister właściwy do spraw zdrowia może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz.*
3. *Jednostka kontrolowana obowiązana jest do przedkładania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji w związku z zakresem kontroli.*
4. *Minister właściwy do spraw zdrowia może wydawać zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności kontrolowanego podmiotu do przepisów prawa.*

Art. 156.

1. *Przeprowadzenie kontroli ma na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie przestrzegania przez jednostkę kontrolowaną przepisów ustawy oraz dokonanie oceny kontrolowanej działalności.*
2. *Osoby wykonujące w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia czynności kontrolne lub podmioty wymienione w art. 155 ust. 2 przeprowadzają kontrolę na podstawie upoważnienia ministra właściwego do spraw zdrowia.*
3. *Upoważnienie do kontroli, o którym mowa w ust. 2, określa:*
 - 1) *jednostkę kontrolowaną;*
 - 2) *imię i nazwisko kontrolującego;*
 - 3) *stanowisko służbowe kontrolującego;*
 - 4) *serię i numer dowodu tożsamości kontrolującego;*
 - 5) *przedmiot kontroli i jej zakres;*
 - 6) *termin rozpoczęcia kontroli;*
 - 7) *przewidywany czas trwania kontroli.*
4. *Kontrolujący podlega wyłączeniu z kontroli, jeżeli wyniki kontroli mogą oddziaływać na jego prawa lub obowiązki, na prawa lub obowiązki jego małżonka albo osoby pozostającej z nim faktycznie we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia bądź osób związanych z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. Przepis stosuje się również po ustaniu małżeństwa, przysposobienia, opieki lub kurateli.*
5. *Kontrolujący może być wyłączony z kontroli w każdym czasie, jeżeli zachodzą uzasadnione wątpliwości co do jego bezstronności.*
6. *Z wnioskiem o wyłączenie kontrolującego z przeprowadzenia kontroli może wystąpić kontrolujący lub kierownik jednostki kontrolowanej. O wyłączeniu lub odmowie wyłączenia decyduje minister właściwy do spraw zdrowia.*

Art. 157.

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

Art. 158.

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

Art. 159.

1. *Kontrolujący jest upoważniony do swobodnego poruszania się po terenie jednostki kontrolowanej.*
2. *Kontrolujący podlega przepisom o bezpieczeństwie i higienie pracy oraz przepisom o postępowaniu z materiałami i dokumentami ustawowo chronionymi obowiązującym w jednostce kontrolowanej.*
3. *Kierownik jednostki kontrolowanej zapewnia kontrolującemu warunki i środki niezbędne do sprawnego przeprowadzenia kontroli. Dotyczy to w szczególności:*
 - 1) *niezwłocznego przedstawienia kontrolującemu dokumentów i materiałów;*

- 2) terminowego udzielania wyjaśnień przez pracowników;
- 3) udostępnienia urządzeń technicznych na koszt jednostki kontrolowanej.

Art. 160.

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

Art. 161.

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

Art. 162.

1. Pracownicy jednostki kontrolowanej są obowiązani udzielać, w wyznaczonym terminie, wyjaśnień ustnych lub pisemnych w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli. Z ustnych wyjaśnień kontrolujący sporządza protokół, który podpisuje kontrolujący i osoba udzielająca tych wyjaśnień.
2. Kontrolujący może zwracać się również o wyjaśnienia do byłych pracowników jednostki kontrolowanej.
3. Odmowa udzielenia wyjaśnień przez pracowników jednostki kontrolowanej może nastąpić jedynie w przypadkach, gdy wyjaśnienia mogą dotyczyć faktów i okoliczności, których ujawnienie mogłoby narazić na odpowiedzialność karną lub majątkową wezwanego do złożenia wyjaśnień, a także jego małżonka lub osobę

pozostającą z nim faktycznie we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia bądź osoby związane z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. Kontrolujący przed przyjęciem wyjaśnień jest obowiązany poinformować składającego wyjaśnienia o prawie do odmowy ich udzielenia.

- 4. Każdy może złożyć kontrolującemu ustne lub pisemne oświadczenie dotyczące przedmiotu kontroli.*
- 5. Kontrolujący nie może odmówić przyjęcia oświadczenia, jeżeli ma ono związek z przedmiotem kontroli.*

Art. 163.

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

Art. 164.

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

Art. 165.

W razie ujawnienia w toku kontroli okoliczności wskazujących na popełnienie przestępstwa kontrolujący niezwłocznie zawiadamia na piśmie ministra właściwego do spraw zdrowia. Minister właściwy do spraw zdrowia zawiadamia o tym organ powołany do ścigania przestępstw.

Art. 166.

- 1. Wyniki przeprowadzonej kontroli kontrolujący przedstawia w protokole kontroli.*
- 2. Protokół kontroli zawiera opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli działalności jednostki kontrolowanej, w tym ustalonych nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych.*
- 3. Ponadto protokół kontroli powinien zawierać:*
 - 1) zastrzeżenie, że służy wyłącznie do użytku służbowego;*
 - 2) nazwę jednostki kontrolowanej i jej adres oraz imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej, a w miarę potrzeby - także kierowników kontrolowanych komórek organizacyjnych, z uwzględnieniem zmian w okresie objętym kontrolą;*
 - 3) datę rozpoczęcia i zakończenia kontroli, z wymienieniem przerw w kontroli;*
 - 4) imię i nazwisko kontrolującego oraz numer i datę upoważnienia do kontroli;*
 - 5) określenie przedmiotu kontroli i okresu objętego kontrolą;*

- 6) wzmiankę o poinformowaniu kierownika jednostki kontrolowanej o prawie zgłaszania zastrzeżeń, o których mowa w art. 167, oraz o stanowisku zajętym wobec nich przez kontrolującego;
 - 7) wzmiankę o poinformowaniu kierownika jednostki kontrolowanej o prawie składania wyjaśnień do protokołu, o których mowa w art. 167;
 - 8) wzmiankę o poinformowaniu kierownika jednostki kontrolowanej o prawie odmowy podpisania protokołu;
 - 9) wzmiankę o doręczeniu egzemplarza protokołu kierownikowi jednostki kontrolowanej;
 - 10) podpisy kontrolującego i kierownika jednostki kontrolowanej oraz miejsce i datę podpisania protokołu;
 - 11) parafy kontrolującego i kierownika jednostki kontrolowanej na każdej stronie protokołu;
 - 12) wzmiankę o odmowie podpisania protokołu.
4. Protokół kontroli sporządza się w dwóch egzemplarzach; jeden egzemplarz protokołu otrzymuje kierownik jednostki kontrolowanej.

Art. 167.

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

Art. 168.

1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba pełniąca jego obowiązki może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając, w terminie 7 dni roboczych od dnia jego otrzymania, wyjaśnienie przyczyn tej odmowy.
2. O odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontrolujący czyni wzmiankę w protokole.

3. *Odmowa podpisania protokołu przez osobę wymienioną w ust. 1 nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolującego i realizacji ustaleń kontroli.*

Art. 169.

1. *Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza wystąpienie pokontrolne, które przekazuje kierownikowi jednostki kontrolowanej.*
2. *Wystąpienie pokontrolne zawiera ocenę kontrolowanej działalności wynikającą z ustaleń opisanych w protokole kontroli, a także zalecenia, o których mowa w art. 155 ust. 4, zmierzające do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.*
3. *Kierownik jednostki kontrolowanej jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, do poinformowania ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.*

Art. 170.

1. *Kierownik jednostki kontrolowanej, w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, może odwołać się do ministra właściwego do spraw zdrowia od zawartych w wystąpieniu pokontrolnym ocen, uwag, wniosków i zaleceń.*
2. *Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje odwołanie w ciągu 14 dni od dnia jego otrzymania i zajmuje stanowisko.*
3. *Stanowisko ministra właściwego do spraw zdrowia jest ostateczne i wraz z uzasadnieniem jest doręczane jednostce kontrolowanej.*

Art. 171.

1. *W razie niewykonywania zaleceń wynikających z wystąpienia pokontrolnego, o którym mowa w art. 169 ust. 1, prowadzenia działalności z naruszeniem przepisów prawa lub statutu, a także odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji minister właściwy do spraw zdrowia może:*
 - 1) *nakładać na członka Zarządu Funduszu karę upomnienia lub karę pieniężną do wysokości 5-krotnego wynagrodzenia brutto tej osoby wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące przed nałożeniem kary;*
 - 2) *występować do Rady Funduszu z wnioskiem o odwołanie członka Zarządu;*
 - 3) *występować do Rady Funduszu z wnioskiem o zawieszenie w czynnościach członka Zarządu do czasu rozpatrzenia wniosku o jego odwołanie.*
2. *Kary pieniężne, o których mowa w ust. 1 pkt 1, podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.*

Art. 172.

Na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, właściwy minister jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia

zdrowotnego określonych przepisami ustawy. Przepisy art. 156 ust. 2-6 oraz art. 157-170 stosuje się odpowiednio.

Art. 173.

1. W sprawach nadzoru minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.
2. Do postępowania przed ministrem właściwym do spraw zdrowia w sprawach nadzoru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.

Art. 174.

Rada Ministrów przedstawia corocznie Sejmowi i Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do końca lipca roku następnego, sprawozdanie z działalności Funduszu.]

Rozdział 14 **Przepisy karne**

Art. 175.

Kto:

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

- podlega karze grzywny.

Art. 176.

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

Art. 177.

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

Rozdział 15**Zmiany w przepisach obowiązujących****Art. 178.**

W ustawie z dnia 13 czerwca 1967 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. z 2002 r. Nr 9, poz. 88 i Nr 233, poz. 1955) w art. 10 w pkt 7 kropkę na końcu zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) wniosku o wpis, o którym mowa w art. 205 ust. 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391).”.

Art. 179.

W ustawie z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205, Nr 74, poz. 676, Nr 81, poz. 732, Nr 113, poz. 984 i 985, Nr 156, poz. 1301, Nr 166, poz. 1363, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679 i 1683) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 69 otrzymuje brzmienie:

„Art. 69. Żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe i ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391).”;

2) dodaje się art. 69a w brzmieniu:

„Art. 69a. Żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.”;

3) uchyla się art. 129.

Art. 180.

W ustawie z dnia 30 czerwca 1970 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz.U. z 1997 r. Nr 10, poz. 55, Nr 28, poz. 153, Nr 106, poz. 678, Nr 107, poz. 688, Nr 117, poz. 753, Nr 121, poz. 770 i Nr 141, poz. 944, z 1998 r. Nr 162, poz. 1117, z 1999 r. Nr 1, poz. 7, z 2001 r. Nr 85, poz. 925, Nr 88, poz. 961 i Nr 154, poz. 1800 i 1801 oraz z 2002 r. Nr 141, poz. 1184, Nr 200, poz. 1687 i Nr 240, poz. 2052) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 61 otrzymuje brzmienie:

„Art. 61. Żołnierze zawodowi są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego i korzystają ze świadczeń na zasadach określonych w ustawie z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391).”;

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

„1) świadczenia zdrowotne na zasadach określonych w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.”.

Art. 181.

W ustawie z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz.U. Nr 20, poz. 101, z późn. zm.)⁸⁾ w art. 5a w ust. 2 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” zastępuje się wyrazami „powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 182.

W ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 60, poz. 636, z 2000 r. Nr 45, poz. 531, z 2001 r. Nr 73, poz. 764 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 36:

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

„9) wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne, z zastrzeżeniem ust. 1a.”,

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

„1a. Decyzje, o których mowa w ust. 1 pkt 9, Prezes Kasy wydaje w sprawach spornych.”;

2) w art. 79 w ust. 2 wyrazy „przez Kasy Chorych” zastępuje się wyrazami „przez Narodowy Fundusz Zdrowia”.

Art. 183.

W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.)⁹⁾ wprowadza się następujące zmiany:

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

⁸⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1982 r. Nr 31, poz. 214, z 1985 r. Nr 22, poz. 98 i Nr 50, poz. 262, z 1987 r. Nr 21, poz. 123, z 1989 r. Nr 34, poz. 178, z 1991 r. Nr 100, poz. 443, z 1993 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 34, poz. 163 i Nr 142, poz. 701, z 1996 r. Nr 73, poz. 350, Nr 89, poz. 402, Nr 106, poz. 496 i Nr 139, poz. 647, z 1997 r. Nr 75, poz. 469 i Nr 133, poz. 883, z 1998 r. Nr 155, poz. 1016 i Nr 160, poz. 1065, z 1999 r. Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, Nr 48, poz. 552, z 2001 r. Nr 154, poz. 1784 i 1800 oraz z 2002 r. Nr 214, poz. 1805 i Nr 240, poz. 2052.

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2000 r. Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 19, poz. 199, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 78, poz. 715, Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182, Nr 169, poz. 1384 i Nr 181, poz. 1515, Nr 200, poz. 1679 i Nr 240, poz. 2058 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79.

- 2) w art. 26 w ust. 7b wyrazy „Kas Chorych” zastępuje się wyrazami „Narodowego Funduszu Zdrowia”.

Art. 184.

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.)¹⁰⁾ wprowadza się następujące zmiany:

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

„Art. 50a. 1. W jednostkach budżetowych tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości lub ministra właściwego do spraw wewnętrznych, które posiadają w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, może być gromadzony środek specjalny.

2. Przychodem środka specjalnego, o którym mowa w ust. 1, są środki uzyskane na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, które mogą być przeznaczone wyłącznie na finansowanie wydatków związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej dla:

- 1) żołnierzy czynnej służby wojskowej, emerytów i rencistów wojskowych, pracowników wojska oraz członków ich rodzin,
- 2) poborowych i funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Więziennej, emerytów i rencistów oraz pracowników cywilnych tych służb, a także ich rodzin.

3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wykaz jednostek, o których mowa w ust. 1, w których może być gromadzony środek specjalny.”;

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

Art. 185.

W ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654, z późn. zm.)¹¹⁾ wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 16 w ust. 1:

¹⁰⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. 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 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984.

¹¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2000 r. Nr 60, poz. 700 i 703, Nr 86, poz. 958, Nr 103, poz. 1100, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1315 i 1324, z 2001 r. Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190 i Nr 125, poz. 1363, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 93, poz. 820 i Nr 141, poz. 1179, Nr 169, poz. 1384, Nr 199, poz. 1672, Nr 200, poz. 1684 i Nr 230, poz. 1922 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79.

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

Art. 186.

W ustawie z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz.U. Nr 73, poz. 350 i Nr 137, poz. 638, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 98, poz. 604, Nr 106, poz. 679, Nr 121, poz. 770 i Nr 160, poz. 1080, z 1998 r. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 52, poz. 527 i 528, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, z 2001 r. Nr 94, poz. 1032 i Nr 138, poz. 1567 oraz z 2002 r. Nr 27, poz. 266 i Nr 199, poz. 1673) w art. 36 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” zastępuje się wyrazami „powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 187.

W ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz.U. Nr 144, poz. 930, z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 125, poz. 1363 i 1369 i Nr 134, poz. 1509 oraz z 2002 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 169, poz. 1384, Nr 172, poz. 1412 i Nr 200, poz. 1679) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 11 w ust. 4 wyrazy „Kas Chorych” zastępuje się wyrazami „Narodowego Funduszu Zdrowia”;
- 2) w art. 13 w ust. 1, w art. 21 w ust. 2a w pkt 2, w art. 31 w ust. 1, 2, 4 i 5, w art. 44 w ust. 1 i 2, w art. 47 i w art. 52 w ust. 3 w pkt 4 występujące w różnych przypadkach wyrazy „powszechne ubezpieczenie zdrowotne” zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach wyrazami „powszechne ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 188.

W ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148) wprowadza się następujące zmiany:

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

Art. 189.

W ustawie z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi (Dz.U. Nr 26, poz. 306, z 2001 r. Nr 85, poz. 924 i Nr 154, poz. 1799 oraz z 2002 r. Nr 113, poz. 984) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 1 uchyla się pkt 14 i 15;
- 2) w art. 2 uchyla się pkt 8 i 9;
- 3) w art. 5 w ust. 3, w art. 6 w ust. 1, w art. 10 w ust. 1 i 7 wyrazy „8-10” zastępuje wyrazem „10”;
- 4) w art. 8 uchyla się pkt 9.

Art. 190.

W ustawie z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 113, poz. 1207 i Nr 154, poz. 1801 oraz z 2002 r. Nr 241, poz. 2073) w art. 22 w ust. 4, w art. 34 w ust. 4, 5, w ust. 7 w pkt 6, w ust. 8, 10 i 12 oraz w art. 45 w pkt 3 występujące w różnych przypadkach i liczbach wyrazy „kasa chorych” zastępuje się użytymi w odpowiednich przypadkach i liczbach wyrazami „Narodowy Fundusz Zdrowia”.

Art. 191.

W ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U. Nr 100, poz. 1083 oraz z 2002 r. Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052) w art. 47 pkt 1 wyrazy „kas chorych” zastępuje się wyrazami „Narodowego Funduszu Zdrowia”.

Art. 192.

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

- 1) w art. 4 w ust. 7 w pkt 2 lit. c) otrzymuje brzmienie:

„c) sposób potwierdzania przez Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia okoliczności, o których mowa w art. 57 ust. 4 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391),”;
- 2) w art. 103 w ust. 2 w pkt 2 wyrazy „kasę chorych” zastępuje się wyrazami „Narodowy Fundusz Zdrowia”.

Art. 193.

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

- 1) w art. 2:
 - a) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) osoba ubezpieczona - osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391),”;
 - b) pkt 23 otrzymuje brzmienie:

„23) świadczeniodawca - świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 25 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,”;
- 2) w art. 6 w ust. 6, w art. 16 w ust. 1 oraz w art. 18 w ust. 4 wyrazy „kasy chorych” zastępuje się wyrazami „Narodowy Fundusz Zdrowia”;

- 3) w art. 6 w ust. 7, w art. 16 w ust. 2, w art. 18 w ust. 5, w art. 19 w ust. 4, w art. 29 w ust. 1 i w art. 31 w ust. 3 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym” zastępuje się wyrazami „powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 194.

W ustawie z dnia 21 grudnia 2001 r. o zmianie ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, ustawy o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym oraz niektórych innych ustaw, ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy - Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych oraz o zmianie ustawy o zmianie ustawy o zawodzie lekarza oraz o zmianie innych ustaw (Dz.U. Nr 154, poz. 1801 oraz z 2002 r. Nr 32, poz. 300 i Nr 200, poz. 1689) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) uchyla się art. 1-3;
- 2) w art. 9 skreśla się wyrazy „, , z wyjątkiem art. 1-3, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.”.

Rozdział 16

Przepisy przejściowe i końcowe

Art. 195.

Ilekoć w obowiązujących przepisach jest mowa o:

- 1) „kasy chorych” lub „instytucji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego” - rozumie się przez to Fundusz;
- 2) ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym - rozumie się przez to niniejszą ustawę;
- 3) powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym - rozumie się przez to ubezpieczenie zdrowotne określone w niniejszej ustawie;
- 4) symbolu kasy chorych - rozumie się przez to oznaczenie właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 5) Urzędzie Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych - rozumie się przez to ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 196.

Ubezpieczeni na podstawie ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.)¹²⁾ stają się, z dniem wejścia w życie ustawy, ubezpieczonymi na podstawie niniejszej ustawy.

¹²⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1997 r. 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, 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 i Nr 154, poz. 1796 i 1801 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 83, poz. 749, Nr 153, poz. 1271, Nr 200, poz. 1689, Nr 230, poz. 1920 i Nr 241, poz. 2074.

Art. 197.

1. Niniejsza ustawa nie narusza przepisów o świadczeniach zdrowotnych udzielanych bezpłatnie przez zakłady opieki zdrowotnej bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego:
 - 1) art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 90, poz. 557 i Nr 160, poz. 1083, z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 60, poz. 701, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1318, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, Nr 111, poz. 1194 i Nr 151, poz. 1686 oraz z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 121, poz. 1033 i Nr 200, poz. 1679);
 - 2) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 i Nr 167, poz. 1372);
 - 3) art. 14 ust. 6 ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2003 r. Nr 24, poz. 198);
 - 4) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. Nr 111, poz. 535, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268);
 - 5) art. 117 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz.U. Nr 128, poz. 1175).
2. Świadczenia zdrowotne:
 - 1) związane z ciążą, porodem i położeniem,
 - 2) dzieciom do ukończenia 18 roku życia- są udzielane bezpłatnie niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.
3. Przez świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 i 2, rozumie się także leki wydawane na zasadach określonych w ustawie.
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 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391).
5. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 i 2, udzielane na rzecz osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego finansowane są z budżetu państwa.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 5, uwzględniając sposób wydatkowania środków publicznych.

Art. 198.

1. Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, w szczególności wstępuje w prawa i obowiązki kas chorych wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy między kasami chorych a świadczeniodawcami.
2. Umowy, o których mowa w ust. 1, obowiązują do czasu zawarcia nowych umów na warunkach wynikających z niniejszej ustawy.

3. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych wszczęte przed dniem wejścia w życie ustawy prowadzi się na zasadach określonych w dotychczasowych przepisach.

Art. 199.

Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 21, wynosi:

- 1) od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2003 r. - 8% podstawy wymiaru;
- 2) od dnia 1 stycznia 2004 r. do dnia 31 grudnia 2004 r. - 8,25% podstawy wymiaru;
- 3) od dnia 1 stycznia 2005 r. do dnia 31 grudnia 2005 r. - 8,5% podstawy wymiaru;
- 4) od dnia 1 stycznia 2006 r. do dnia 31 grudnia 2006 r. - 8,75% podstawy wymiaru.

Art. 200.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad organizowaniem Funduszu.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania konieczne do realizacji celów ustawy, a w szczególności:
 - 1) powołuje Komisję Inwentaryzacyjną w celu ustalenia mienia kas chorych, które zostanie przekazane do Funduszu;
 - 2) sporządza wykazy mienia kas chorych oraz wszystkich ich jednostek organizacyjnych;
 - 3) przygotowuje przejęcie przez Fundusz mienia kas chorych oraz wszystkich ich jednostek organizacyjnych, a w szczególności środków trwałych i wyposażenia;
 - 4) przygotowuje przejęcie przez Fundusz praw majątkowych i niemajątkowych kas chorych oraz wszystkich ich jednostek organizacyjnych;
 - 5) nadzoruje we współpracy z Urzędem Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rok 2003 przez kasy chorych;
 - 6) dostosowuje istniejący system kas chorych do potrzeb Funduszu.
3. Zadania, o których mowa w ust. 2, wykonuje jednostka organizacyjna utworzona przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
4. Pracownicy jednostki, o której mowa w ust. 3, stają się z dniem wejścia w życie ustawy pracownikami centrali Funduszu.

Art. 201.

1. Zarządy kas chorych są obowiązane do podejmowania działań koniecznych do realizacji celów ustawy.
2. Zarządy kas chorych obowiązane są do współpracy z ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 i w art. 200 ust. 2.

3. W przypadku uchybienia obowiązkom, o których mowa w ust. 1 i 2, minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać zarząd kasy chorych i powołać w jego miejsce zarząd tymczasowy.
4. Zarząd tymczasowy kieruje działalnością kasy i wykonuje wszystkie zadania zastrzeżone dla zarządu, do czasu powołania nowego zarządu przez radę kasy chorych.
5. Zarząd tymczasowy liczy 1-3 członków.

Art. 202.

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

Art. 203.

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

Art. 204.

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

Art. 205.

1. Ujawnienie w księgach wieczystych praw własności nieruchomości i użytkowania wieczystego nieruchomości wynikających z przejęcia przez Fundusz mienia, o którym mowa w art. 202 ust. 2, następuje na wniosek właściwego ze względu na położenie nieruchomości dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, na podstawie wyciągu z wykazu, o którym mowa w art. 200 ust. 2 pkt 2, stwierdzającego przejście prawa własności lub użytkowania wieczystego na rzecz Funduszu.
2. Postępowanie w przedmiocie wpisów jest wolne od opłat sądowych.

Art. 206.

Z dniem wejścia w życie ustawy:

- 1) regionalne kasy chorych przekształcają się z mocy prawa w oddziały wojewódzkie Funduszu;

2) znosi się Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Art. 207.

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

Art. 208.

1. Pracownicy regionalnych kas chorych i oddziałów terenowych Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu, z zastrzeżeniem art. 209.
2. Pracownicy centrali Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami centrali Funduszu, z zastrzeżeniem art. 209.
3. Pracownicy Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia, z zastrzeżeniem art. 209.

Art. 209.

1. Stosunki pracy z pracownikami, o których mowa w art. 208, wygasają:
 - 1) po upływie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy - jeżeli przed upływem 2 miesięcy od dnia wejścia ustawy w życie nie zostaną im zaproponowane nowe warunki pracy lub płacy na dalszy okres, albo
 - 2) w razie odmowy przyjęcia nowych warunków pracy lub płacy, o których mowa w pkt 1, przez pracownika w terminie nie późniejszym niż 2 tygodnie przed upływem 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.
2. Pracodawca obowiązany jest powiadomić na piśmie pracownika odpowiednio o terminie wygaśnięcia stosunku pracy i o skutkach nieprzyjęcia nowych warunków pracy i płacy.
3. Wcześniejsze rozwiązanie stosunku pracy przez pracodawcę może nastąpić za wypowiedzeniem.
4. Pracownicy, o których mowa w art. 208, zachowują uprawnienia pracownicze wynikające z aktów, na podstawie których powstał ich stosunek pracy przed dniem wejścia w życie ustawy, do dnia:
 - 1) wymienionego w ust. 1 pkt 2 - jeżeli przyjęli proponowane warunki pracy lub płacy na dalszy okres, albo
 - 2) wygaśnięcia stosunku pracy, o którym mowa w ust. 1, albo
 - 3) wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 3.
5. W przypadku wygaśnięcia stosunku pracy, o którym mowa w ust. 1, lub wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 3, pracownikom przysługuje odprawa, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 28 grudnia 1989 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn dotyczących zakładu pracy (Dz.U. z 2002 r. Nr 112, poz. 980, Nr 135, poz. 1146 i Nr 200, poz. 1679).
6. Przepisów ust. 1 i 3 nie stosuje się do urzędników służby cywilnej, do których stosuje się przepisy ustawy z dnia 18 grudnia 1998 r. o służbie cywilnej (Dz.U. z

1999 r. Nr 49, poz. 483, Nr 70, poz. 778 i Nr 110, poz. 1255, z 2001 r. Nr 102, poz. 1116, Nr 111, poz. 1194, Nr 128, poz. 1403 i Nr 154, poz. 1800 oraz z 2002 r. Nr 150, poz. 1237, Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052).

Art. 210.

1. Mienie Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych z dniem wejścia w życie ustawy staje się mieniem urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.
2. Postępowania wszczęte i niezakończone przed Urzędem Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych toczą się nadal przed ministrem właściwym do spraw zdrowia.

Art. 211.

Plan finansowy Funduszu na rok 2003, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów, sporządza minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 212.

1. Środki, które wpłynęły na rachunek ubezpieczenia zdrowotnego przed dniem wejścia w życie ustawy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje na wyodrębnione rachunki bankowe Funduszu w terminie 3 dni roboczych od dnia ich wpływu na rachunek ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Do 10 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustawa weszła w życie, Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje do centrali Funduszu informację o kwotach przesunięć pomiędzy kasami chorych, które byłyby wynikiem rozliczenia zaliczek przekazanych kasom chorych za okres od dnia 1 stycznia 2003 r. do dnia poprzedzającego dzień wejścia w życie ustawy, dokonanego w sposób określony przepisami wydanymi na podstawie art. 169c ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 222, oraz potrąci z bieżących wpłat składek na ubezpieczenie zdrowotne w sposób określony tymi przepisami koszty poboru i ewidencjonowania składek naliczone od składek zidentyfikowanych i przekazanych do dnia poprzedzającego dzień wejścia w życie ustawy.
3. Zakład Ubezpieczeń Społecznych nie przekazuje do Funduszu informacji o składkach przekazanych kasom chorych do końca 2002 r., a zidentyfikowanych po dniu 30 czerwca 2003 r.

nowe brzmienie ust. 2 w art. 213 obowiązuje od 1.05. do 31.12.2004 r. (Dz.U. z 2004 r. Nr 93, poz. 892).

Art. 213.

1. Do dnia 31 grudnia 2004 r. zgłoszenia, o których mowa w art. 19 ust. 3, przesyła się do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wraz ze zgłoszeniem do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 17.
- [2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do oddziałów wojewódzkich Funduszu dane określone w art. 141 ust. 2 pkt 1-9 przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 19 ust. 3, po przeprowadzeniu ich weryfikacji polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL.]*
- <2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do oddziałów wojewódzkich Funduszu dane określone w art. 141 ust. 2 pkt 1-4, 8-11 i 14 przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa**

w art. 19 ust. 3, po przeprowadzeniu ich weryfikacji polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL, jeżeli taki numer został nadany ubezpieczonemu.>

3. Do weryfikacji danych, o której mowa w ust. 2, stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 29 ust. 11.
4. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazażą nieodpłatnie, do dnia 1 stycznia 2005 r., zbiory danych osobowych wynikających ze zgłoszeń, o których mowa w art. 19 ust. 3.

**art. 214 uchylony -
obowiązuje od 1.05.
do 31.12.2004 r.
(Dz.U. z 2004 r. Nr
93, poz. 892).**

[Art. 214.

Z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej w stosunku do osób posiadających obywatelstwo państw członkowskich Unii Europejskiej znosi się warunek posiadania wizy uprawniającej do podjęcia pracy, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, o którym mowa w art. 6 i 7.]

Art. 215.

1. Do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 20 ust. 1, dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.
2. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym fakt objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym może być legitymacja emeryta - rencisty wydana na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 216.

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

Art. 217.

1. Do czasu utworzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują informacje, o których mowa w art. 29 ust. 6 i 8, do oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniach, o których mowa w art. 17 i 18, z zastrzeżeniem ust. 5.
2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują, nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2003 r., informacje o należnej składce, o której mowa w art. 29 ust. 9, do centrali Funduszu w kwocie globalnej z podziałem na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu.
3. Do dnia 31 grudnia 2005 r. poziom identyfikacji składek na ubezpieczenie zdrowotne (przypisania do konkretnego ubezpieczonego) dokonywanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w zakresie realizacji zadań określonych w art. 29 ust. 6, 8 i 9 nie może być niższy niż 60% wpływających składek.
4. Od dnia 1 stycznia 2006 r. poziom identyfikacji składek, o którym mowa w ust. 3, nie może być niższy niż 90% wpływających składek.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, określi, w drodze rozporządzenia, sposób przyporządkowania do oddziałów wojewódzkich Funduszu ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego przed dniem wejścia w życie ustawy w celu umożliwienia Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazywania danych, o których mowa w art. 141 ust. 2 pkt 1-5, dotyczących składek opłaconych za tych ubezpieczonych po dniu wejścia w życie ustawy.

Art. 218.

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

Art. 219.

1. Do czasu powołania przez Radę Funduszu osób, o których mowa w art. 43 ust. 1 pkt 2, nie dłużej niż przez 3 miesiące od dnia wejścia w życie ustawy, obowiązki zastępców Prezesa Funduszu pełnią osoby wyznaczone przez ministra właściwego do spraw zdrowia na wniosek Prezesa Funduszu.
2. Kadencja członków pierwszej Rady Funduszu wynosi 30 miesięcy w przypadku:
 - 1) 2 z członków, o których mowa w art. 41 ust. 1 pkt 2;
 - 2) 1 członka, o którym mowa w art. 41 ust. 1 pkt 3;
 - 3) 1 członka, o którym mowa w art. 41 ust. 1 pkt 6;
 - 4) 1 członka, o którym mowa w art. 41 ust. 1 pkt 7;
 - 5) 1 z członków, o których mowa w art. 41 ust. 1 pkt 8.
3. Członkowie Rady Funduszu powoływani są, po zakończeniu kadencji osób, o których mowa w ust. 2, w trybie art. 41.

Art. 220.

Pierwsze plany, o których mowa w rozdziale 7, przygotowywane są na rok 2004, z zastrzeżeniem art. 220a i 220b.

Art. 220a.

1. Projekt wojewódzkiego planu zdrowotnego na rok 2004 opracowuje zarząd województwa, a zatwierdza w drodze uchwały sejmik województwa i przekazuje do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu do dnia 30 czerwca 2003 r.
2. W przypadku nieprzedstawienia wojewódzkiego planu zdrowotnego na rok 2004 w terminie, o którym mowa w ust. 1, plan ten opracowuje właściwy oddział wojewódzki Funduszu.
3. Wojewódzki oddział Funduszu, na podstawie analizy sytuacji zdrowotnej obywateli określonej w wojewódzkim planie zdrowotnym na rok 2004 oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez właściwą kasę chorych w okresie ostatnich dwóch lat, przygotowuje wojewódzki plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na 2004 r., zwany dalej „wojewódzkim planem zabezpieczenia”.
4. Komórka organizacyjna centrali Funduszu, o której mowa w art. 38 ust. 5, przygotowuje plan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych na rok 2004., zwany dalej „planem zabezpieczenia dla służb mundurowych”.

5. Plany, o których mowa w ust. 3 i 4, określają w szczególności liczbę i zakres świadczeń zgodnie z potrzebami zdrowotnymi oraz w ramach posiadanych przez Fundusz środków finansowych.
6. Oddział wojewódzki Funduszu przekazuje wojewódzki plan zabezpieczenia do centrali Funduszu w terminie do dnia 30 lipca 2003 r.

Art. 220b.

1. Zarząd Funduszu, na podstawie wojewódzkich planów zabezpieczenia i planu zabezpieczenia dla służb mundurowych, opracowuje projekt Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004, zwany dalej „krajowym planem na rok 2004”.
2. Projekt krajowego planu na rok 2004 określa w szczególności liczbę oraz zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu.
3. Zarząd Funduszu przedstawia projekt krajowego planu na rok 2004 Radzie Funduszu w terminie do dnia 15 sierpnia 2003 r. Rada Funduszu rozpatruje i przyjmuje projekt krajowego planu na rok 2004 w terminie do dnia 31 sierpnia 2003 r., a następnie przekazuje go niezwłocznie:
 - 1) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
 - 2) w części odnoszącej się do danego województwa - do właściwego zarządu województwa i wojewody;
 - 3) w zakresie planu zabezpieczenia dla służb mundurowych - do właściwych ministrów.
4. Zarząd województwa i wojewoda mogą, za pośrednictwem właściwego oddziału Funduszu, przedstawić ministrowi właściwemu do spraw zdrowia opinie do przedłożonego projektu krajowego planu na rok 2004 w terminie do dnia 10 września 2003 r.
5. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości i minister właściwy do spraw wewnętrznych mogą przedstawić ministrowi właściwemu do spraw zdrowia opinie do przedłożonego projektu krajowego planu na rok 2004 w terminie do dnia 10 września 2003 r.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia po rozpatrzeniu zgłoszonych opinii i uwag zatwierdza krajowy plan na rok 2004 r. w terminie do dnia 30 września 2003 r.
7. Zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia krajowy plan na rok 2004 Zarząd Funduszu przesyła niezwłocznie do właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu w celu jego realizacji oraz do wiadomości właściwego zarządu województwa, wojewody, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Art. 221.

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

Art. 222.

Traci moc ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. Nr 28, poz. 153, z późn. zm.)¹³⁾.

[Art. 223.

- 1. Przepisy art. 76 ust. 2 i art. 92 ust. 6 stosuje się z dniem uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.*
- 2. Przepis art. 78 ust. 3 stosuje się do dnia uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.]*

**art. 223 uchylony -
obowiązuje od 1.05.
do 31.12.2004 r.
(Dz.U. z 2004 r. NR
93, poz. 892).**

Art. 224.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 200, 201 i 211, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia,
- 2) art. 136 ust. 3, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.

¹³⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1997 r. 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, 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 i Nr 154, poz. 1796 i 1801 oraz z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 83, poz. 749, Nr 153, poz. 1271, Nr 200, poz. 1689, Nr 230, poz. 1920 i Nr 241, poz. 2074.