Opracowano na podstawie: t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, 1394, 1590, 1694.

U S T A W A

z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

DZIAŁ I

Przepisy ogólne

Rozdział 1

Zakres przedmiotowy i podmiotowy oraz objaśnienia określeń ustawowych

Art. 1. Ustawa określa:

1) warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
2) zasady i tryb finansowania świadczeń, o których mowa w pkt 1;
2a) zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;
3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;
4) zasady powszechnego – obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
5) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. WE L 166 z 30.04.2004, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 5, str. 72, z późn. zm.), rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającego rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich,

którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo (Dz. Urz. UE L 344 z 29.12.2010, str. 1);

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

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

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

8) wysokość odpisu dla Agencji Badań Medycznych.

Art. 2. 1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”,

2) inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2018 r. poz. 2094 i 2399 oraz z 2019 r. poz. 577 i 622), spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.[1)]), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,

3) inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:

   a) posiadające obywatelstwo polskie lub

   b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

[1)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1693, 2192, 2245, 2354 i 2529 oraz z 2019 r. poz. 271, 730 i 752.

4) inne niż wymienione w pkt 1–3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:
   a) posiadające obywatelstwo polskie lub
   b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach

– zwane dalej „świadczeniobiorcami".

2. Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

Art. 3. 1. Ubezpieczonymi są:

1) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EFTA", zamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA,
2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanego dalej „państwem członkowskim UE lub EOG", lub Konfederacji Szwajcarskiej, które przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy w celu wykonywania pracy, zezwolenia na pobyt czasowy z wyłączeniem zezwolenia udzielonego na podstawie art. 181 ust. 1 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany,
2a) osoby, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,
3) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA, legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA

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

4) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego UE lub EFTA, niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:
   a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, 303 i 730),
   b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2019 r. poz. 299 i 303).

2. Ubezpieczonymi są także:

1) studenci i doktoranci, którzy odbywają kształcenie w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkowy staż, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3,
2) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy, którzy nie posiadają obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i nie są osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na pobyt czasowy, zezwolenia na pobyt stały, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Unii Europejskiej, zgody na pobyt ze względów humanitarnych, zgody na pobyt tolerowany lub uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą albo korzystają z ochrony czasowej na jej terytorium,

2a) (uchylony)

3) odbywający staż adaptacyjny,
4) odbywający kursy języka polskiego oraz kursy przygotowawcze do podjęcia nauki w języku polskim, o których mowa w przepisach odrębnych, nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego UE lub EFTA i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3

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

5) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego UE lub EFTA, jeżeli nie są osobami

podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

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

Art. 4. Ubezpieczeniu nie podlegają, z zastrzeżeniem art. 3, cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym cudzoziemcy zatrudnieni w obcych przedstawicielstwach dyplomatycznych, urzędach konsularnych, misjach, misjach specjalnych lub międzynarodowych instytucjach, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Rzeczpospolitą Polską stanowią inaczej.

Art. 5. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

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

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

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

3) członek rodziny – następujące osoby:

   a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole lub zakładzie kształcenia nauczycieli lub odbywa kształcenie w uczelni lub szkole doktorskiej – 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;

3a) działacz opozycji antykomunistycznej – osobę, o której mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 690, 730, 752 i 992), o potwierdzonym statusie działacza opozycji antykomunistycznej;

4) felczer ubezpieczenia zdrowotnego – felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

5) inwalida wojenny lub wojskowy – osobę, o której mowa w art. 6–8 lub w art. 30 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2017 r. poz. 2193 oraz z 2019 r. poz. 39 i 752);

5a) cywilna niewidoma ofiara działań wojennych – osobę, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz. U. poz. 1824, z 2010 r. poz. 1465, z 2011 r. poz. 696 oraz z 2019 r. poz. 752);

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

7) kombatant – osobę, o której mowa w art. 1–4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2018 r. poz. 276 oraz z 2019 r. poz. 752);

7a) kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2, obejmującą niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w

szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach;

8) korzystający – organizację, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostkę organizacyjną, o których mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2019 r. poz. 688);

9) lek – produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499, 399 i 959);

10) (uchylony)

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

12) (uchylony)

13) (uchylony)

13a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 357 i 730);

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

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

15) minimalne wynagrodzenie – minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3–5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2018 r. poz. 2177);

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

16) (uchylony)

17) niepełnosprawny – osobę, o której mowa w art. 4–5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.[2)]);

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

18) odbywający staż adaptacyjny – wnioskodawcę odbywającego staż adaptacyjny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2272 oraz z 2019 r. poz. 534 i 577);

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

19a) osoba deportowana do pracy przymusowej – osobę deportowaną do pracy przymusowej lub osadzoną w obozie pracy przez III Rzeszę lub Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich, której przyznano uprawnienie do świadczenia pieniężnego, o którym mowa w art. 1a ust. 1 ustawy z dnia 31 maja 1996 r. o osobach deportowanych do pracy przymusowej oraz osadzonych w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich (Dz. U. z 2014 r. poz. 1001, z 2018 r. poz. 1552 oraz z 2019 r. poz. 730 i 752);

[2)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, 1076, 1925, 2192 i 2354 oraz z 2019 r. poz. 730 i 924.

20) osoba pobierająca emeryturę lub rentę – osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U. z 2018 r. poz. 872) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1867), oraz osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy;

20a) osoba pobierająca rodzicielskie świadczenie uzupełniające – osobę, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz. U. poz. 303);

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

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

22a) osoba represjonowana z powodów politycznych – osobę, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych, o potwierdzonym statusie osoby represjonowanej z powodów politycznych;

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

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

25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarkę, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;

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

wykonującą zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

26a) podmiot kontrolowany – świadczeniodawcę, osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784 i 999), zwanej dalej „ustawą o refundacji", lub aptekę, u których jest prowadzona kontrola, o której mowa w dziale IIIA;

27) podstawowa opieka zdrowotna – podstawową opiekę zdrowotną, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;

28) położna podstawowej opieki zdrowotnej – położną, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;

28a) poradnia przyszpitalna – komórkę organizacyjną podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowaną w tej samej co szpital dzielnicy, o której mowa w ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2019 r. poz. 506) albo w ustawie z dnia 15 marca 2002 r. o ustroju miasta stołecznego Warszawy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1817), a w przypadku gmin, w których nie wprowadzono podziału na dzielnice – w tej samej gminie, i tworzącą funkcjonalną całość ze szpitalem, w której są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne odpowiadające, co do rodzaju udzielanych świadczeń, świadczeniom szpitalnym;

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

29a) program polityki zdrowotnej – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego;

30) program zdrowotny – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych

oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz;

30a) program pilotażowy – zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych;

31) przeciętne wynagrodzenie – przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”;

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

32a) rachunek – fakturę w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.[3)]) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2019 r. poz. 900, 924 i 1018);

32b) (uchylony)

32c) system IOWISZ – system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 408 i 730);

[3)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 2193, 2215, 2244, 2354, 2392 i 2433 oraz z 2019 r. poz. 675 i 1018.

33) stan nagły – stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993);

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

33b) środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego – środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu ustawy o refundacji;

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

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

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

37) świadczenie zdrowotne rzeczowe – związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;

38) świadczenie towarzyszące – zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego;

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

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

   b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;

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

41) świadczeniodawca:
   a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
   b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
   c) (uchylona)
   d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne;
42) procedura medyczna – postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
42a) taryfa świadczeń – zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji;
42b) technologia medyczna – leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne;
43) ubezpieczenia społeczne – ubezpieczenia określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
44) ubezpieczenie społeczne rolników – ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;
44a) uprawniony żołnierz lub pracownik – żołnierz lub pracownik wojska, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 1510), który doznał urazu lub zachorował podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa;
44b) weteran poszkodowany – osobę posiadającą status weterana poszkodowanego nadany na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 937 i 2018 oraz z 2019 r. poz. 730);
45) wolontariusz – osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;

46) wyroby medyczne – wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 175, 447 i 534);
47) żołnierz zastępczej służby wojskowej – osobę, o której mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1373 oraz z 2019 r. poz. 752).

Rozdział 2

Zadania władz publicznych

Art. 6. Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:
1) tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
2) analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany;
3) promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu;
4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 7. 1. Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:
1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
2) (uchylony)
3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

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

3. W celu ustalenia sytuacji dochodowej i majątkowej świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 2, przeprowadza się rodzinny wywiad środowiskowy na zasadach i w trybie określonych w przepisach o pomocy społecznej.

4. Gmina otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 2 i 3.

Art. 8. Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez powiat należy w szczególności:

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

Art. 9. Do zadań własnych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez samorząd województwa należy w szczególności:

1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa – po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
2) (uchylony)
3) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
4) inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;

5) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

Art. 9a. W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.

Art. 9b. 1. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w art. 9a, są finansowane na podstawie umowy zawartej pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego a świadczeniodawcą wyłonionym w drodze konkursu ofert.

2. Do konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 48b ust. 2–4 i 6.

3. W przypadku gdy jednostka lub jednostki samorządu terytorialnego są w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej:

1) podmiotami tworzącymi dla podmiotu leczniczego,
2) jedynymi albo większościowymi wspólnikami, albo akcjonariuszami w spółce kapitałowej będącej podmiotem leczniczym

– który udziela świadczeń gwarantowanych w zakresie odpowiadającym przedmiotowi umowy, o której mowa w ust. 1, umowę tę zawiera się w pierwszej kolejności z tym podmiotem.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, nie przeprowadza się konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1. Do zawarcia tej umowy nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

5. Umowa, o której mowa w ust. 1, określa w szczególności:

1) rodzaj, zakres i liczbę udzielanych świadczeń gwarantowanych, warunki oraz organizację udzielania tych świadczeń;
2) okres jej obowiązywania;
3) kwotę zobowiązania oraz zasady rozliczeń, z uwzględnieniem taryfy świadczeń, w przypadku jej ustalenia;
4) sposób i tryb kontroli wykonania umowy.

6. W przypadku gdy świadczeniodawca jest stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, umowa, o której mowa w ust. 1, może obejmować wyłącznie świadczenia gwarantowane udzielane ponad kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w danym zakresie.

7. O zawarciu umowy, o której mowa w ust. 1, świadczeniodawca, będący równocześnie stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jest obowiązany poinformować właściwego miejscowo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Świadczeniodawca jest obowiązany przesyłać do wiadomości tego oddziału w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, kopię dokumentów rozliczeniowych przedstawianych jednostce samorządu terytorialnego.

Art. 10. 1. Do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:

1) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

2) (uchylony)

2. (uchylony)

3. (uchylony)

Art. 11. 1. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:

1) prowadzenie oraz współuczestniczenie w prowadzeniu edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;

1a) prowadzenie działań oraz współuczestniczenie w działaniach związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób, w tym w ramach programów polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48, oraz programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869);

1b) ustalanie programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e;

2) (uchylony)

3) opracowywanie, finansowanie i ocena efektów programów polityki zdrowotnej, a także nadzór nad ich realizacją;

3a) kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;

3b) zatwierdzanie oraz zmiana taryfy świadczeń;

4) finansowanie z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, świadczeń gwarantowanych w zakresie określonym w ustawie, w tym w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

4a) planowanie, przekazywanie i rozliczanie dotacji z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8;

5) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym działającymi na rzecz ochrony zdrowia;

6) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie określonym w dziale VII;

7) zatwierdzanie planu finansowego Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;

8) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu;

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

9a) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, członków Rady Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu;

10) sprawowanie nadzoru nad Agencją;

11) zatwierdzanie sprawozdań finansowych Agencji.

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

1b. Narodowy Rachunek Zdrowia opracowywany jest na podstawie badań prowadzonych na zasadzie obowiązku w rozumieniu ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 649 i 730).

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

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

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

1) sprawowanie nadzoru w zakresie gospodarki finansowej Funduszu na zasadach przewidzianych w niniejszej ustawie;
2) zatwierdzanie sprawozdania finansowego Funduszu, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, oraz przedkładanie sprawozdania wraz z opinią ministra właściwego do spraw zdrowia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia roku następującego po roku, którego to sprawozdanie dotyczy.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Agencji, może ogłosić, a w zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanej dalej „diagnostyką onkologiczną", i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanego dalej „leczeniem onkologicznym", ogłasza, w drodze obwieszczenia, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny.

4. Obwieszczenia, o których mowa w ust. 3, są ogłaszane w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.

DZIAŁ II

Świadczenia opieki zdrowotnej

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 12. Przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie:

1) (uchylony)

1a) art. 161 i art. 170 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1459, 1669, 2182 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 55);

2) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2018 r. poz. 2137 i 2244 oraz z 2019 r. poz. 730);
3) art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852);
4) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 oraz z 2019 r. poz. 730);
5) art. 400a ust. 1 i art. 415 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
6) przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151 i 1669) – w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych;
7) przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
8) (uchylony)
9) art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2018 r. poz. 1272 i 1669);
10) art. 16 ust. 1 i art. 25 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24, z 2015 r. poz. 396, z 2016 r. poz. 2205 oraz z 2018 r. poz. 2435);
11) art. 20 ustawy z dnia 7 lutego 2014 r. o udziale zagranicznych funkcjonariuszy lub pracowników we wspólnych operacjach lub wspólnych działaniach ratowniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1802);
12) art. 17d ustawy z dnia 9 listopada 2000 r. o repatriacji (Dz. U. z 2018 r. poz. 609 i 1669).

Art. 12a. Przepisów ustawy, z wyłączeniem przepisów określających zasady i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej oraz przepisów określających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie stosuje się wobec osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na

podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2019 r. poz. 676 i 679).

Art. 13. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

Art. 13a. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12 pkt 5 i 10–12, art. 12a oraz art. 15 ust. 2 pkt 12, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz konieczność zapewnienia skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 14. Na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Fundusz.

Art. 14a. (uchylony)

Art. 14b. (uchylony)

Art. 15. 1. Świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

2. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu:

1) podstawowej opieki zdrowotnej;
2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
3) leczenia szpitalnego;
4) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
5) rehabilitacji leczniczej;
6) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
7) leczenia stomatologicznego;
8) lecznictwa uzdrowiskowego;
9) zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji;
10) ratownictwa medycznego;

11) opieki paliatywnej i hospicyjnej;

12) świadczeń wysokospecjalistycznych;

13) programów zdrowotnych;

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

15) programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji;

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

17) leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, pod warunkiem że w stosunku do tych leków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji;

17a) ratunkowego dostępu do technologii lekowych;

18) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, sprowadzonych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 29a ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2018 r. poz. 1541, z późn. zm.[4)]), pod warunkiem, że w stosunku do tych środków wydano decyzję o objęciu refundacją na podstawie ustawy o refundacji;

Dodany pkt 19 w ust. 2 w art. 15 wejdzie w życie z dn. 5.10.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1694).

<19) stwierdzenia w związku z wydaniem zaświadczenia, o którym mowa w art. 133 § 2b ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1987 i 2399 oraz z 2019 r. poz. 150, 679, 1255 i 1694), że stan zdrowia osoby, która udzieliła pełnomocnictwa pocztowego do odbioru przesyłek pocztowych w placówce pocztowej w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 2188 oraz z 2019 r. poz. 1051 i 1495), uniemożliwia lub w znacznym stopniu utrudnia osobiste odebranie pisma w placówce pocztowej.>

3. (uchylony)

Art. 15a. (uchylony)

Art. 16. 1. Świadczeniobiorcy na podstawie ustawy nie przysługują:

1) orzeczenia o zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz inne orzeczenia i zaświadczenia lekarskie wydawane na życzenie świadczeniobiorcy,

[4)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1669, 2136, 2227, 2242, 2244 i 2245.

jeżeli nie są one związane z dalszym leczeniem, rehabilitacją, niezdolnością do pracy, kontynuowaniem nauki, uczestnictwem dzieci, uczniów, słuchaczy zakładów kształcenia nauczycieli i studentów w zajęciach sportowych i w zorganizowanym wypoczynku, a także jeżeli nie są wydawane dla celów pomocy społecznej, wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, orzecznictwa o niepełnosprawności, uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego, lub ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie;

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

2) świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako gwarantowane.

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

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

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

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

Art. 17. (uchylony)

Art. 18. 1. Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury,

z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

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

3. Opłatę, o której mowa w ust. 2 zdanie drugie, w przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd, ponosi powiat właściwy ze względu na miejsce urodzenia dziecka. Jeżeli nie można ustalić powiatu właściwego ze względu na miejsce urodzenia dziecka, właściwy do ponoszenia opłaty jest powiat miejsca siedziby sądu, który orzekł o umieszczeniu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

4. Gmina właściwa ze względu na miejsce urodzenia dziecka jest obowiązana do współfinansowania opłaty, o której mowa w ust. 2 zdanie drugie, w przypadku dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej przez sąd, w wysokości:

1) 10% w pierwszym roku pobytu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej;
2) 30% w drugim roku pobytu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej;
3) 50% w trzecim roku i następnych latach pobytu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

5. Jeżeli nie można ustalić gminy właściwej ze względu na miejsce urodzenia dziecka, właściwa do współfinansowania opłaty, o której mowa w ust. 2 zdanie drugie, w przypadku dziecka umieszczonego w pieczy zastępczej, jest gmina miejsca siedziby sądu, który orzekł o umieszczeniu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.

6. Do okresów pobytu dziecka w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, o których mowa w ust. 4, zalicza się okresy pobytu dziecka po dniu 1 stycznia 2012 r. w pieczy zastępczej.

7. W przypadku gdy opłatę, o której mowa w ust. 2 zdanie drugie, poniósł powiat, rodzice dziecka umieszczonego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej obowiązani są do zwrotu powiatowi kwoty poniesionej opłaty. Przepisy art. 193 ust. 2 i 6–8, art. 194 i art. 195 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 998, 1076, 1544 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 730 i 924), stosuje się odpowiednio.

Art. 18a. 1. Starosta sprawuje kontrolę nad jakością opieki sprawowanej przez zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze lub zakłady rehabilitacji leczniczej nad dziećmi pozbawionymi opieki i wychowania rodziców umieszczonymi w tych zakładach przez sąd.

2. Starosta w związku z kontrolą, o której mowa w ust. 1, ma prawo, w szczególności do:

1) żądania informacji, dokumentów i danych, niezbędnych do sprawowania kontroli;
2) wstępu w ciągu doby do obiektów i pomieszczeń kontrolowanej jednostki;
3) żądania od pracowników kontrolowanej jednostki udzielenia informacji w formie ustnej i pisemnej;
4) obserwacji dzieci umieszczonych w kontrolowanych zakładach.

3. W przypadku gdy z przeprowadzonej przez starostę kontroli wynika, że zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład rehabilitacji leczniczej nie wypełnia swoich funkcji lub wypełnia je niewłaściwie, starosta zawiadamia właściwy sąd.

Art. 18b. Osoba kierująca zakładem opiekuńczo-leczniczym, zakładem pielęgnacyjno-opiekuńczym lub zakładem rehabilitacji leczniczej, we współpracy z wyznaczonym przez starostę pracownikiem powiatowego centrum pomocy rodzinie, ocenia sytuację dziecka pozbawionego opieki i wychowania rodziców umieszczonego w tych zakładach przez sąd. Do terminów i zasad przeprowadzania oceny sytuacji dziecka przepisy ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej dotyczące okresowej oceny sytuacji dziecka umieszczonego w instytucjonalnej pieczy zastępczej, stosuje się odpowiednio.

Art. 18c. Do osób opuszczających po osiągnięciu pełnoletności zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład rehabilitacji leczniczej przepisy ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej dotyczące osób usamodzielnianych opuszczających instytucjonalną pieczę zastępczą, stosuje się odpowiednio.

Art. 19. 1. W stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.

2. W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie.

3. W razie braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, świadczeniodawca zapewnia, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez innego świadczeniodawcę.

4. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

5. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

6. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku, o którym mowa w ust. 5. Przepisy działu IIIA stosuje się odpowiednio.

Art. 19a. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę, wyznaczając termin udzielenia świadczenia w następujący sposób:

1) świadczeniobiorcy zgłaszającemu się po raz pierwszy:
   a) w przypadku przyjęcia w dniu zgłoszenia – termin udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia,
   b) posiadającemu prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – termin udzielenia świadczenia ustalony w sposób, o którym mowa w art. 47c ust. 4,
   c) innemu niż wymieniony w lit. a i b – termin udzielenia świadczenia wynikający z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20;
2) świadczeniobiorcy kontynuującemu leczenie – termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia.

3. W przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym, wpis w harmonogramie przyjęć może zostać dokonany także niezwłocznie po udzieleniu tego świadczenia.

4. Świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć:

1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b–h oraz j;
2) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:
   a) termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć,
   b) informację o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę oraz w przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 9b,
   c) zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny tej zmiany, a w przypadku gdy przyczyną zmiany terminu jest zmiana kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w pkt 3, także uzasadnienie tej zmiany;

3) kategorię świadczeniobiorcy:
   a) przyjęty na bieżąco – w przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia w dniu zgłoszenia, z wyłączeniem świadczeniobiorcy, o którym mowa w lit. d i f,
   b) oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących,
   c) oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12,
   d) posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – ze wskazaniem podstawy tego prawa,
   e) kontynuujący leczenie,
   f) przyjęty w stanie nagłym;
4) datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć.

5. Świadczeniodawca może nie wpisywać w harmonogramie przyjęć terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń:
1) pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
2) opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż:
   a) udzielane w warunkach ambulatoryjnych,
   b) świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej.

6. Harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

7. Harmonogram przyjęć jest prowadzony w postaci elektronicznej.

8. Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia co najmniej w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę. Zgłoszenia świadczeniobiorców drogą elektroniczną dokonywane są w dowolnym czasie.

9. Do prowadzenia harmonogramu przyjęć stosuje się odpowiednio przepisy art. 20 ust. 2a–2d i ust. 5–9.

10. Fundusz może dokonywać wpisów i wykreśleń w harmonogramie przyjęć prowadzonym w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu, o której mowa w art. 190 ust. 1a. O dokonanych wpisach i wykreśleniach Fundusz niezwłocznie zawiadamia świadczeniodawcę.

Art. 20. *[1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.]*

Nowe brzmienie ust. 1 w art. 20 wejdzie w życie z dn. 1.01.2020 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 2429).

<1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.>

1a. Na liście oczekujących na udzielenie świadczenia nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie u danego świadczeniodawcy.

1b. (uchylony)

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1:

1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
2) informuje świadczeniobiorcę w wybrany przez siebie sposób o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia oraz na żądanie świadczeniobiorcy uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;
3) wpisuje:
   a) numer kolejny,
   b) datę i godzinę wpisu,
   c) identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4,
   d) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
   e) numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
   f) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
   g) adres świadczeniobiorcy,
   h) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
   i) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:

– termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku; w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia; art. 19a ust. 5 stosuje się odpowiednio,
– informację o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę oraz w przypadku, o którym mowa w ust. 9b,
– uwzględniane przy wyznaczaniu terminu kryterium medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 11,
– zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, także uzasadnienie tej zmiany,
– informację o uwzględnieniu, przy wyznaczaniu terminu, daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku, o którym mowa w ust. 10b,
– informację o przywróceniu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadku, o którym mowa w ust. 10f,

j) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu

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

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

5) przechowuje oryginał skierowania w postaci papierowej przekazany przez świadczeniobiorcę, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania;

6) na żądanie świadczeniobiorcy wystawia zaświadczenie o wpisie świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami

medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia.

2a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, świadczeniobiorca jest obowiązany:

1) dostarczyć świadczeniodawcy oryginał skierowania w postaci papierowej, nie później niż w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących, pod rygorem skreślenia z listy oczekujących, albo
2) udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia:
   a) klucz dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1, albo
   b) kod dostępu, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 2, oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

2aa. Do terminu dostarczenia świadczeniodawcy oryginału skierowania w postaci papierowej stosuje się przepisy art. 165 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1360, z późn. zm.[5)]).

2ab. W przypadku, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, świadczeniodawca dokonuje wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez określenie odpowiedniego statusu skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

2b. W przypadku skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących w wyniku rezygnacji z udzielenia świadczenia, niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia albo zakończenia przez świadczeniodawcę wykonywania umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca:

1) zwraca świadczeniobiorcy oryginał skierowania, w przypadku skierowania w postaci papierowej, albo
2) umożliwia ponowne użycie skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

[5)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1467, 1499, 1544, 1629, 1637, 1693, 2385 i 2432 oraz z 2019 r. poz. 55, 60 i 1043.

2c. W przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, na podstawie informacji, o której mowa w art. 59b ust. 1.

2d. Niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, świadczeniodawca dokonuje czynności, o której mowa w ust. 2ab.

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

4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć.

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

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

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

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

świadczeniodawca informuje o możliwości zmiany terminu następnego świadczeniobiorcę z listy oczekujących, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia.

8a. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, przekazanie świadczeniobiorcy informacji o zmianie terminu udzielenia świadczenia, w przypadku świadczeń, dla których do planowanego terminu udzielenia świadczenia pozostało więcej niż 180 dni, może odbywać się raz na trzy miesiące.

8b. Informacja, o której mowa w ust. 2 pkt 2, oraz informacja o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej zawiera również pouczenie świadczeniobiorcy o możliwości uzyskania informacji, o której mowa w art. 23 ust. 3.

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

9a. W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniodawca może ograniczyć informowanie o możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy do świadczeniobiorców wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, którym określono termin udzielenia świadczenia w przedziale między 7. a 30. dniem liczonym od daty tego wolnego terminu oraz niezależnie od kolejności świadczeniobiorców na tej liście, z uwzględnieniem kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.

9b. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy lub w przypadku bezskuteczności próby kontaktu ze świadczeniobiorcą, w celu poinformowania o możliwości zmiany terminu na wcześniejszy, dotychczasowy termin wyznaczony dla tego świadczeniobiorcy jest równoznaczny z rezerwacją terminu.

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

10a. W przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę

oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie.

10b. Świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

10c. Świadczeniodawca, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest obowiązany wydać świadczeniobiorcy zaświadczenie o wpisaniu na listę oczekujących wraz z podaniem daty zgłoszenia się świadczeniobiorcy. Za wydanie zaświadczenia świadczeniobiorca nie ponosi opłaty.

10d. Oddział wojewódzki Funduszu informuje w każdy dostępny sposób świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

10e. W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca podlega skreśleniu z listy oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.

10f. Wniosek o przywrócenie na listę oczekujących świadczeniobiorca jest obowiązany zgłosić niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia. W przypadku przywrócenia na listę oczekujących przepis ust. 10b stosuje się odpowiednio.

10fa. W przypadku gdy świadczeniobiorca otrzyma więcej niż jedno skierowanie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej, przepis ust. 10 stosuje się.

10g. Listy oczekujących na udzielenie świadczeń, o których mowa w ust. 1, prowadzi się w postaci elektronicznej.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.

12. Dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Do listy tej nie stosuje się przepisów wydanych na podstawie ust. 11.

13. Świadczeniodawca umieszcza świadczeniobiorcę, z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na liście określonej w ust. 12, na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1, oraz następujących kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej:

1) stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
2) rokowania co do dalszego przebiegu nowotworu;
3) chorób współistniejących mających wpływ na nowotwór, z powodu którego ma być udzielone świadczenie;
4) zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności.

14. Przepisów ust. 12 i 13 nie stosuje się do nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

Art. 21. 1. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie:

1) zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku szpitali;
2) kierownika świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;
3) świadczeniodawcy – w przypadku innym niż określone w pkt 1 i 2.

2. W skład zespołu oceny przyjęć wchodzą:

1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej;
2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej;
3) pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku – inna pielęgniarka albo położna.

2a. W przypadku gdy zespół oceny przyjęć działa przy samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej albo jednostce budżetowej rada społeczna, o której mowa w art. 48 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959), może wyznaczyć do zespołu oceny przyjęć swojego przedstawiciela wykonującego zawód medyczny i niebędącego zatrudnionym u tego świadczeniodawcy.

3. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, wyznacza przewodniczącego zespołu spośród osób, o których mowa w ust. 2, a także określa tryb pracy zespołu.

4. Do zadań zespołu oceny przyjęć, kierownika świadczeniodawcy albo świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:

1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji;
2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia;
3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

5. Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1.

6. Jeżeli u świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, nie udziela świadczeń lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, to w skład zespołu oceny przyjęć wchodzą osoby, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3.

7. Jeżeli u świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, działa zespół zarządzania jakością, spełniający warunki określone w ust. 2, wykonuje on zadania, o których mowa w ust. 4 i 5.

Art. 22. (uchylony)

Art. 23. 1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 19a ust. 1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację obejmującą:

1) dla każdej kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 – liczbę osób wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca;
2) dla każdego świadczeniobiorcy wpisanego do kategorii oczekujący, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b – dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. d i e, według stanu na ostatni dzień miesiąca ze wskazaniem kryterium medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, a w przypadku zmiany w okresie sprawozdawczym kategorii, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 – także wskazanie kategorii posiadanej przed dokonaniem i po dokonaniu zmiany;
3) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.

2. Oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując co najmniej raz w miesiącu, informację o:

1) liczbie świadczeniobiorców wpisanych do kategorii oczekujący, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b, przekazaną przez świadczeniodawcę;
2) średnim czasie oczekiwania w danym miesiącu, obliczonym na podstawie dokumentów rozliczeniowych za dany miesiąc;
3) możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Oddział wojewódzki Funduszu informuje świadczeniobiorcę, na jego żądanie, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

4. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje każdego jego dnia roboczego oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia według stanu na dzień poprzedzający, z wyłączeniem świadczeń, dla których jest prowadzona lista oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż udzielane w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.

4a. W przypadku ograniczonych możliwości technicznych świadczeniodawcy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia może wyrazić zgodę na przekazywanie informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę raz w tygodniu.

5. Informację, o której mowa w ust. 4 i 4a, oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując ją w dniu przekazania przez danego świadczeniodawcę.

6. Świadczeniodawca, na umotywowany wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie inne niż określone w ust. 9 informacje dotyczące realizacji obowiązków, o których mowa w ust. 1–5, 7 i 8.

7. W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20 i art. 21, Prezes Funduszu przeprowadza kontrolę u tego świadczeniodawcy.

8. Prezes Funduszu tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, 4 i 4a, przekazywanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

9. Prezes Funduszu udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 8, oraz informacji, o której mowa w ust. 4 i 4a, w szczególności przez bezpłatną linię telefoniczną.

[10. Prezes Funduszu co miesiąc przekazuje informacje, o których mowa w ust. 8, do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.]

<10. Prezes Funduszu przekazuje na bieżąco informacje, o których mowa w ust. 4, 4a i 8, do systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.>

Nowe brzmienie ust. 10 w art. 23 wejdzie w życie z dn. 30.09.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590).

11. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do świadczeniodawców, którzy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu zgodnie z art. 190 ust. 1a.

Art. 23a. *[1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20, jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.]*

<1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.>

Nowe brzmienie ust. 1 w art. 23a wejdzie w życie z dn. 1.01.2020 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 2429).

2. (uchylony)

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, minimalną funkcjonalność dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług, o których mowa w ust. 1, w tym sposób identyfikacji i uwierzytelniania świadczeniobiorców, mając na uwadze konieczność zapewnienia

świadczeniobiorcom dostępu do danych zawartych na listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, z jednoczesnym obowiązkiem zapewnienia przez świadczeniodawców ochrony danych osobowych świadczeniobiorców przed nieuprawnionym dostępem i ujawnieniem.

Art. 23b. 1. Fundusz jest obowiązany do kontaktu ze świadczeniobiorcami w celu przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczeń, dla których są prowadzone harmonogramy przyjęć w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu, zgodnie z art. 190 ust. 1a.

2. W przypadku gdy Fundusz otrzyma od świadczeniobiorcy informację o niemożności stawienia się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie art. 20 ust. 2, 7 lub 8, lub o rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany poinformować o tym niezwłocznie świadczeniodawcę, w którego harmonogramie przyjęć został wpisany świadczeniobiorca.

Art. 24. Przepisów art. 19–23 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Art. 24a. Przepisów art. 20–23 nie stosuje się w stosunku do uprawnionego żołnierza lub pracownika. Osoby te korzystają ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, poza kolejnością.

Art. 24b. Przepisów art. 20–23 nie stosuje się w stosunku do weterana poszkodowanego. Osoba ta korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, poza kolejnością.

Art. 24c. 1. Weteranom poszkodowanym przysługuje prawo do korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej innych niż te, o których mowa w art. 20, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

2. Weteran poszkodowany ma prawo do bezterminowego czasu trwania leczenia w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1.

Art. 25. (uchylony)

Art. 26. (uchylony)

Art. 26a. (uchylony)

Art. 27. 1. Świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób obejmują:

1) propagowanie zachowań prozdrowotnych, w szczególności poprzez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;
2) wczesną, wielospecjalistyczną i kompleksową opiekę nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym;
3) profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
4) promocję zdrowia i profilaktykę, w tym profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19. roku życia;
5) prowadzenie badań profilaktycznych obejmujących kobiety w ciąży, w tym badań prenatalnych zalecanych w grupach ryzyka i u kobiet powyżej 40. roku życia oraz profilaktyki stomatologicznej;
6) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
7) wykonywanie szczepień ochronnych;
8) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia, którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu.

2. (uchylony)

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

Przepis uchylający ust. 3 w art. 27 wejdzie w życie z dn. 12.09.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1078).

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

Art. 28. (uchylony)

Art. 29. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 147, 125 i 235) i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

Art. 30. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

Art. 31. 1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza dentysty spośród lekarzy dentystów, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

2. (uchylony)

3. Dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia oraz kobiety w ciąży i w okresie połogu mają prawo do dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane dla tych osób.

4. Świadczenia, o których mowa w ust. 3, są udzielane po przedstawieniu dokumentu potwierdzającego:

1) wiek – w przypadku dzieci i młodzieży;

2) ciążę lub połóg – w przypadku kobiet.

Rozdział 1a

Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych

Art. 31a. 1. Podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13, jest jego ocena uwzględniająca następujące kryteria:

1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
   a) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 2,
   b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:
   a) przedwczesnego zgonu,
   b) niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
   c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
   d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
   e) obniżenia jakości życia;
3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
   a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
   b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
   c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
   d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

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

3. Wydając rozporządzenie, o którym mowa w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia uwzględni także dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6, oraz wyniki monitorowania ich aktualności.

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

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

1) pkt 9 kryteria określone w art. 12 pkt 4–6 i 9 ustawy o refundacji;
2) pkt 14–16 kryteria określone w art. 12 ustawy o refundacji;
3) pkt 17–18 kryteria określone w art. 12 pkt 3–6, 8–11 ustawy o refundacji.

Art. 31c. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w sprawie jego zakwalifikowania, jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania.

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

3. Prezes Agencji niezwłocznie po otrzymaniu zlecenia zasięga opinii:

1) konsultantów krajowych z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w ust. 2;
2) Prezesa Funduszu w zakresie, o którym mowa w art. 31a ust. 1 pkt 7.

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

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

6. Rada Przejrzystości przedstawia stanowisko w sprawie:

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

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

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

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

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

Art. 31ca. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji dotyczącej zasadności stosowania leków w ramach Programu Szczepień Ochronnych, o którym mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

2. Po otrzymaniu zlecenia, o którym mowa w ust. 1, Prezes Agencji wzywa podmiot odpowiedzialny w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne do przekazania:

1) analizy klinicznej,
2) analizy ekonomicznej,
3) analizy wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych

– o których mowa w art. 25 pkt 14 lit. c tiret pierwsze do trzeciego ustawy o refundacji w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania wezwania.

3. Do przygotowania rekomendacji, o której mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 31c ust. 3–9. Rekomendację wydaje się w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania analiz określonych w ust. 2 albo od upływu terminu na ich przekazanie.

4. W przypadku nieprzekazania analiz, o których mowa w ust. 2, Prezes Agencji wydaje rekomendację na podstawie dostępnych danych.

Art. 31d. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

1) poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33 i art. 41, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1;
2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Art. 31e. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może:
1) usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonać zmiany poziomu lub sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego, działając z urzędu lub na wniosek,
2) dokonać zmiany technologii medycznej, działając z urzędu

– uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1.

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

1b. W przypadku wydania przez Prezesa Agencji rekomendacji, o której mowa w art. 31h ust. 3 pkt 3, minister właściwy do spraw zdrowia może zakwalifikować dane świadczenie opieki zdrowotnej jako świadczenie gwarantowane, usunąć dane świadczenie opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo zmienić poziom lub sposób finansowania świadczenia gwarantowanego, jeżeli wynika to z treści tej rekomendacji, bez konieczności wydawania przez Prezesa Agencji rekomendacji, o której mowa w art. 31c ust. 7 albo art. 31h ust. 3 pkt 1 albo 2.

2. Wnioski w sprawach, o których mowa w ust. 1 pkt 1, mogą składać do ministra właściwego do spraw zdrowia:
1) konsultanci krajowi z dziedziny medycyny odpowiedniej dla danego świadczenia opieki zdrowotnej;
2) stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym – za pośrednictwem konsultantów, o których mowa w pkt 1;
3) Prezes Funduszu;

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

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

1) oznaczenie podmiotu, o którym mowa w ust. 2;
2) siedzibę podmiotu, o którym mowa w ust. 2, lub jego adres;
3) wskazanie, czy wniosek dotyczy:
   a) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo
   b) zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego;
4) uzasadnienie wskazujące wpływ danego świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli i skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia;
5) datę sporządzenia wniosku;
6) wykaz załączonych do wniosku dokumentów potwierdzających zasadność wniosku;
7) podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku.

4. Do postępowań, o których mowa w ust. 1, prowadzonych z urzędu stosuje się przepisy art. 31g i art. 31h.

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

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

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

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

5. Minister właściwy do spraw zdrowia po otrzymaniu kompletnego wniosku, o którym mowa w art. 31e ust. 1 pkt 1, zleca Prezesowi Agencji przygotowanie rekomendacji, o której mowa w art. 31h ust. 3 pkt 1 lub 2, wyznaczając termin jej przygotowania, o czym niezwłocznie informuje podmiot, który złożył wniosek.

Art. 31g. 1. Prezes Agencji po otrzymaniu zlecenia ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie, o którym mowa w art. 31e ust. 1a, dokonuje oceny świadczenia opieki zdrowotnej i przygotowuje, zgodnie ze zleceniem, raport pełny albo skrócony, w sprawie:

1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo
2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego, albo
3) zmiany technologii medycznej

– zwany dalej „raportem w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej".

2. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej zawiera:

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

Art. 31h. 1. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej Radzie Przejrzystości, o której mowa w art. 31s.

2. Rada Przejrzystości na podstawie raportu w sprawie oceny świadczenia gwarantowanego przygotowuje niezwłocznie dla Prezesa Agencji stanowisko w zakresie:

1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo
2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego, albo
3) zmiany technologii medycznej.

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

1) usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo
2) zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego, albo
3) zmiany technologii medycznej.

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

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

Art. 31i. (uchylony)

Art. 31j. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i procedury przygotowania raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej, uwzględniając wiedzę z zakresu oceny technologii medycznych.

Art. 31k. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory wniosków w sprawie usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego, lub warunków jego realizacji, mając na względzie ujednolicenie informacji i przekazywanych dokumentów oraz zapewnienie przejrzystości wniosków.

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

Rozdział 1aa

Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 31la. 1. Taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej jest prowadzona na podstawie planu taryfikacji Agencji sporządzanego na rok kalendarzowy.

2. Prezes Agencji sporządza projekt planu taryfikacji Agencji i przedstawia go do zaopiniowania Prezesowi Funduszu oraz Radzie do spraw Taryfikacji, o której mowa w art. 31sa, w terminie do dnia 1 czerwca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan. Prezes Funduszu oraz Rada do spraw Taryfikacji przedstawiają opinie w terminie 14 dni od dnia otrzymania planu. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.

3. Prezes Agencji przesyła ministrowi właściwemu do spraw zdrowia plan taryfikacji Agencji z opinią Prezesa Funduszu i Rady do spraw Taryfikacji, o której mowa w art. 31sa, do zatwierdzenia w terminie do dnia 16 czerwca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza plan taryfikacji Agencji w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia może w terminie, o którym mowa w ust. 4, zalecić wprowadzenie zmian w planie taryfikacji Agencji, określając termin ich wprowadzenia nie dłuższy niż 7 dni.

6. W przypadku nieprzedstawienia planu taryfikacji w terminie, o którym mowa w ust. 3, niewprowadzenia w nim przez Agencję zmian określonych w ust. 5 albo niezatwierdzenia planu, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza plan taryfikacji Agencji.

7. W szczególnie uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Agencji zmienia plan taryfikacji Agencji.

Art. 31lb. 1. Prezes Agencji określa taryfę świadczeń w danym zakresie lub rodzaju po dokonaniu przez Agencję analizy danych określonych w art. 31lc ust. 2 lub na podstawie innych dostępnych danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń oraz publikuje ją, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji po jej zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Przed określeniem taryfy świadczeń w danym zakresie lub rodzaju Prezes Agencji przygotowuje raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń oraz zwraca się do Rady do spraw Taryfikacji, o której mowa w art. 31sa, o wydanie stanowiska w sprawie ustalenia taryfy świadczeń.

3. Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń zawiera:

1) opis świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji, ze szczególnym uwzględnieniem:
   a) wpływu świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli, w tym zapadalności, chorobowości, umieralności lub śmiertelności,
   b) skutków następstw choroby lub stanu zdrowia;
2) analizę popytu oraz aktualnej i pożądanej podaży świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji;
3) opis sposobu i poziomu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji w innych krajach;
4) analizę danych kosztowych pozyskanych od świadczeniodawców, jeżeli miały wpływ na ustalenie taryfy świadczeń;
5) projekt taryfy świadczeń;
6) analizę skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;
7) inne dostępne dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń.

4. Prezes Agencji publikuje raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji. Do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń można zgłaszać uwagi w terminie 7 dni od dnia jego opublikowania.

5. Osoby, które zgłaszają uwagi do opublikowanego raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń, składają oświadczenia o zaistnieniu albo niezaistnieniu okoliczności określonych w art. 31sa ust. 8 pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

6. Uwagi zgłoszone do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń są zamieszczane w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji wraz z wypełnionym

oświadczeniem, o którym mowa w ust. 5, i są dostępne przez 6 miesięcy od dnia ich publikacji.

7. Prezes Agencji przekazuje Radzie do spraw Taryfikacji raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń oraz zgłoszone uwagi, o których mowa w ust. 4, celem wydania stanowiska w sprawie ustalenia taryfy świadczeń. Przed wydaniem stanowiska w sprawie ustalenia taryfy świadczeń Rada do spraw Taryfikacji może prowadzić na posiedzeniu konsultacje w sprawie taryfy z:

1) konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny związanej ze świadczeniem opieki zdrowotnej podlegającym taryfikacji,
2) przedstawicielami ogólnopolskich towarzystw naukowych w dziedzinie medycyny związanej ze świadczeniem opieki zdrowotnej podlegającym taryfikacji,
3) przedstawicielami organizacji świadczeniodawców,
4) przedstawicielami organizacji społecznych działających na rzecz praw pacjentów,
5) innymi podmiotami lub osobami, których udział w konsultacjach jest istotny w ocenie Rady do spraw Taryfikacji dla ustalenia taryfy świadczeń

– jeżeli te osoby lub podmioty złożyły przed posiedzeniem Rady do spraw Taryfikacji oświadczenia o zaistnieniu albo niezaistnieniu okoliczności określonych w art. 31sa ust. 8 pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

8. Składający oświadczenie, o którym mowa w ust. 7, jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

9. Rada do spraw Taryfikacji na podstawie raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń, zgłoszonych uwag oraz, w przypadku przeprowadzenia konsultacji, o których mowa w ust. 7, ustaleń podjętych w ich trakcie, wydaje stanowisko w sprawie ustalenia taryfy świadczeń w terminie 30 dni od dnia otrzymania raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń. Stanowisko Rady do spraw Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń jest publikowane w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji.

10. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń oraz stanowisko Rady do spraw Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń, określa taryfę świadczeń zgodnie z ust. 1.

11. Prezes Agencji przesyła niezwłocznie projekt obwieszczenia zawierającego określenie taryfy świadczeń, raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń i stanowisko Rady do spraw Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń do ministra właściwego do spraw zdrowia.

12. Minister właściwy do spraw zdrowia po zapoznaniu się z taryfą świadczeń, raportem w sprawie ustalenia taryfy świadczeń i stanowiskiem Rady do spraw Taryfikacji zatwierdza lub w szczególnie uzasadnionych przypadkach, mając na uwadze dane określone w art. 31lc ust. 2 lub inne dostępne dane niezbędne do ustalenia taryfy świadczeń, zmienia taryfę świadczeń określoną przez Prezesa Agencji oraz przekazuje ją Prezesowi Agencji celem opublikowania, w formie obwieszczenia, w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji.

Art. 31lc. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia oraz Agencja przetwarzają dane niezbędne do realizacji odpowiednio:

1) zadań ministra właściwego do spraw zdrowia określonych w art. 11;
2) zadań Agencji określonych w art. 31n.

2. W celu realizacji zadań Agencji określonych w art. 31n minister właściwy do spraw zdrowia oraz Agencja przetwarzają następujące dane:

1) numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
2) adres miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy;
3) dotyczące udzielania oraz finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Podmioty obowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia udostępniają nieodpłatnie Agencji dane, o których mowa w ust. 2, w celu realizacji zadań Agencji określonych w art. 31n pkt 1–3b, 4a i 4b oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.

4. Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, udostępnia Agencji nieodpłatnie dane, o których mowa w ust. 2, w terminie wskazanym przez Prezesa Agencji, nie krótszym jednak niż 14 dni, licząc od dnia doręczenia świadczeniodawcy wniosku o udostępnienie danych, zapewniając najwyższą jakość i kompletność udostępnionych danych. Agencja może zweryfikować jakość oraz kompletność danych, o których mowa w ust. 2, w miejscu udzielania

świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę na zasadach uzgodnionych ze świadczeniodawcą.

5. Agencja jest obowiązana do przekazywania danych udostępnianych przez świadczeniodawców ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, na jego wniosek.

6.[6)] **Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do stosowania standardu rachunku kosztów opracowanego na podstawie zaleceń określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7.**

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zalecenia dotyczące standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, o których mowa w ust. 6, kierując się potrzebą ujednolicenia sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej.

8. Przepisów ust. 6 i przepisów wydanych na podstawie ust. 7 nie stosuje się do świadczeniodawców:

1) udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
2) którzy nie prowadzą ksiąg rachunkowych na podstawie ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r. poz. 351, 1495 i 1571);
3) o których mowa w art. 5 pkt 41 lit. d.

Rozdział 1b

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Art. 31m. 1. Agencja jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Agencja działa na podstawie ustawy i statutu.

3. Siedzibą Agencji jest miasto stołeczne Warszawa.

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

Art. 31n. Do zadań Agencji należy:

1) realizacja zadań związanych z oceną świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:

[6)] Wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2020 r. na podstawie art. 26 pkt 5 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138 oraz z 2017 r. poz. 1200).

a) wydawania rekomendacji w sprawie:
   – kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego,
   – określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego,
   – usuwania danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych,
   – zmiany technologii medycznej,
b) opracowywania raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej,
c) opracowywania analiz weryfikacyjnych, o których mowa w art. 35 ustawy o refundacji;

1a) realizacja zadań związanych z określeniem taryf świadczeń w zakresie:
   a) określania taryfy świadczeń,
   b) opracowywania raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń;

1b) opracowywanie propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 7;

2) opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodyce przeprowadzania oceny technologii medycznych oraz o technologiach medycznych opracowywanych w Rzeczypospolitej Polskiej i w innych krajach;

2a) opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o zasadach określania taryfy świadczeń;

3) opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej;

3a) wydawanie opinii, o których mowa w art. 47f ust. 1 i 2;

3b) przygotowywanie raportów, o których mowa w art. 48aa ust. 1;

4) prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie zadań, o których mowa w pkt 1–3;

4a) sporządzanie opinii, o których mowa w art. 11 ust. 3;

4b) inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analiz oraz badań naukowych i prac rozwojowych w zakresie oceny technologii medycznych, taryfikacji świadczeń oraz sporządzanie oceny założeń do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej;

5) realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 31o. 1. Organem Agencji jest Prezes Agencji.

2. Do zakresu działania Prezesa Agencji należy:

1) realizacja zleceń, o których mowa w art. 31c ust. 1 i art. 31f ust. 5;

1a) wydawanie rekomendacji, o których mowa w art. 48aa ust. 5 i 6;

1b) wydawanie opinii, o której mowa w art. 48a ust. 4;

2) współpraca z Funduszem, Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, organami administracji rządowej i samorządowej oraz podmiotami prowadzącymi w innych krajach działalność w zakresie oceny świadczeń opieki zdrowotnej;

3) wykonywanie czynności z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników Agencji;

4) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;

5) publikacja w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji:

a) analiz weryfikacyjnych Agencji wraz z analizami wnioskodawcy, o których mowa w art. 25 pkt 14 lit. c oraz art. 26 pkt 2 lit. h oraz i ustawy o refundacji,

b) stanowisk i opinii Rady Przejrzystości oraz Rady do spraw Taryfikacji,

c) rekomendacji Prezesa Agencji,

d) raportów w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej,

e) opinii o projektach programów polityki zdrowotnej,

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

g) opinii Rady Przejrzystości, o których mowa w art. 48aa ust. 4,

h) raportów, o których mowa w art. 48aa ust. 1.

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

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

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

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

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

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

1) posiada tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, farmaceutycznych, ekonomicznych, prawnych lub technicznych;
2) posiada wiedzę z zakresu ochrony zdrowia oraz oceny świadczeń opieki zdrowotnej, farmakoekonomiki, systemów finansowania świadczeń zdrowotnych oraz ekonomiki zdrowia;
3) posiada co najmniej 3-letni okres zatrudnienia na stanowiskach kierowniczych w:
   a) podmiotach, o których mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1, 2 i 4–8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1668, z późn. zm.[7)]), lub
   b) jednostkach podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
4) nie została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
5) korzysta z pełni praw publicznych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Agencji i zastępcę Prezesa Agencji z zajmowanego stanowiska przed upływem kadencji w przypadku:
1) rażącego naruszenia przepisów prawa;
2) utraty zdolności do pełnienia obowiązków służbowych z powodu choroby lub innej przeszkody trwale uniemożliwiającej pełnienie obowiązków służbowych;
3) rezygnacji ze stanowiska;
4) skazania prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
5) naruszenia przepisów art. 31q ust. 1;
6) nienależytego wykonywania obowiązków wynikających z ustawy lub statutu.

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

Art. 31q. 1. Prezes Agencji oraz zastępca Prezesa Agencji nie mogą podejmować dodatkowego zatrudnienia bez pisemnej zgody ministra właściwego do spraw zdrowia ani wykonywać działalności lub podejmować zajęć niedających się pogodzić z wykonywanymi obowiązkami.

---

7) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 2024 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 276, 447, 534, 577, 730 i 823.

2. Pracownicy wykonujący ustawowe lub statutowe zadania Agencji nie mogą podejmować dodatkowych zajęć zarobkowych bez pisemnej zgody Prezesa Agencji.

3. Nabór na wolne stanowiska pracy w Agencji jest otwarty i odbywa się w trybie konkurencyjnym. Przepisy art. 107a ust. 2–art. 107g stosuje się odpowiednio.

Art. 31r. 1. Informację o naborze na stanowisko Prezesa Agencji ogłasza się przez umieszczenie ogłoszenia w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie Agencji oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Ogłoszenie powinno zawierać:

1) nazwę i adres Agencji;
2) określenie stanowiska;
3) wymagania związane ze stanowiskiem wynikające z przepisów prawa;
4) zakres zadań wykonywanych na stanowisku;
5) wskazanie wymaganych dokumentów;
6) termin i miejsce składania dokumentów;
7) informację o metodach i technikach naboru.

2. Termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 6, nie może być krótszy niż 10 dni od dnia opublikowania ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

3. Nabór na stanowisko Prezesa Agencji przeprowadza zespół, powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór, oraz kompetencje kierownicze.

4. Ocena wiedzy i kompetencji kierowniczych, o których mowa w ust. 3, może być dokonana na zlecenie zespołu przez osobę niebędącą członkiem zespołu, która posiada odpowiednie kwalifikacje do dokonania tej oceny.

5. Członek zespołu oraz osoba, o której mowa w ust. 4, mają obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących osób ubiegających się o stanowisko, uzyskanych w trakcie naboru.

6. W toku naboru zespół wyłania nie więcej niż 3 kandydatów, których przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

7. Z przeprowadzonego naboru zespół sporządza protokół zawierający:

1) nazwę i adres Agencji;

2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór, oraz liczbę kandydatów;
3) imiona, nazwiska i adresy nie więcej niż 3 najlepszych kandydatów uszeregowanych według poziomu spełniania przez nich wymagań określonych w ogłoszeniu o naborze;
4) informację o zastosowanych metodach i technikach naboru;
5) uzasadnienie dokonanego wyboru albo powody niewyłonienia kandydata;
6) skład zespołu.

8. Wynik naboru ogłasza się niezwłocznie przez umieszczenie informacji w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Informacja o wyniku naboru zawiera:
1) nazwę i adres Agencji;
2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór;
3) imiona i nazwiska wybranych kandydatów oraz ich miejsca zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego albo informację o niewyłonieniu kandydata.

9. Umieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ogłoszenia o naborze oraz o wyniku tego naboru jest bezpłatne.

10. Przepisy ust. 1–9 stosuje się do naboru na stanowisko zastępcy Prezesa Agencji.

Art. 31s. 1. Przy Prezesie Agencji działa Rada Przejrzystości, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą.

2. W skład Rady Przejrzystości wchodzi:
1) 10 osób posiadających doświadczenie, uznany dorobek oraz co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych lub dziedzin pokrewnych, lub innych dziedzin odpowiednich dla przeprowadzenia oceny świadczeń opieki zdrowotnej, w tym etyki;
2) 4 przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia;
3) 2 przedstawicieli Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
4) 2 przedstawicieli Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
5) 2 przedstawicieli Rzecznika Praw Pacjenta.

3. Członków Rady Przejrzystości powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, z tym że członkowie, o których mowa w ust. 2 pkt 3–5, są powoływani na wniosek właściwych organów.

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

5. Członkom Rady Przejrzystości przysługuje:

1) wynagrodzenie nieprzekraczające 3500 zł za udział w każdym posiedzeniu Rady Przejrzystości, jednak nie więcej niż 10 500 zł miesięcznie;
2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77^5 § 2 Kodeksu pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040 i 1043).

6. Do zadań Rady Przejrzystości należy:

1) przygotowywanie i przedstawianie stanowisk, o których mowa w art. 31c ust. 6 i art. 31h ust. 2;
2) przygotowywanie i przedstawianie stanowisk, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy o refundacji;
3) wydawanie opinii o projektach programów polityki zdrowotnej;
3a) wydawanie opinii, o których mowa w art. 48aa ust. 4;
4) realizacja innych zadań zleconych przez Prezesa Agencji;
5) wydawanie opinii w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 3, art. 33 ust. 2 oraz art. 40 ustawy o refundacji.

7. Członkiem Rady Przejrzystości może być wyłącznie osoba:

1) która:
   a) posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady Przejrzystości,
   b) nie została prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
   c) korzysta z pełni praw publicznych;
2) wobec której nie zachodzą okoliczności określone w ust. 8 i art. 21 ustawy o refundacji;
3) której kandydatura została zaakceptowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

8. Członkowie Rady Przejrzystości, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej oraz osoby, z którymi członkowie Rady Przejrzystości pozostają we wspólnym pożyciu, nie mogą:

1) być członkami organów spółek handlowych lub przedstawicielami przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu lekiem, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym;
2) być członkami organów spółek handlowych lub przedstawicielami przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych;
3) być członkami organów spółdzielni, stowarzyszeń lub fundacji prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2;
4) posiadać akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2, oraz udziałów w spółdzielniach prowadzących działalność, o której mowa w pkt 1 i 2;
5) prowadzić działalności gospodarczej w zakresie, o którym mowa w pkt 1 i 2.

9. Kandydaci na członków Rady Przejrzystości przed powołaniem do składu tej Rady, a członkowie Rady Przejrzystości przed każdym posiedzeniem tej Rady, składają oświadczenie o niezachodzeniu okoliczności określonych w ust. 8, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zwane dalej „deklaracją o braku konfliktu interesów”, dotyczące ich samych oraz ich małżonków, zstępnych i wstępnych w linii prostej oraz osób, z którymi pozostają we wspólnym pożyciu. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

9a. W przypadku niezłożenia deklaracji o braku konfliktu interesów minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady Przejrzystości.

10. (uchylony)

11. (uchylony)

12. Osoby niebędące członkami Rady Przejrzystości, którym zamierza się zlecić przygotowanie ekspertyzy lub innego opracowania dla tej Rady, przed przyjęciem zlecenia składają oświadczenie o zaistnieniu albo niezaistnieniu okoliczności określonych w ust. 8, dla poszczególnych wniosków będących przedmiotem obrad Rady w zakresie, o którym mowa w ust. 6, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zwane dalej „deklaracją o konflikcie interesów”.

Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

13. W przypadku ujawnienia konfliktu interesów, członek Rady Przejrzystości, na własny wniosek albo wniosek osoby przewodniczącej posiedzeniu Rady Przejrzystości, może zostać wyłączony z głosowania lub z udziału w pracach Rady Przejrzystości, w zakresie ujawnionego konfliktu. W głosowaniu nad wyłączeniem nie uczestniczy członek Rady Przejrzystości, którego sprawa dotyczy.

14. Jeżeli okoliczności określone w ust. 8 i 9 trwale uniemożliwiają członkowi Rady Przejrzystości właściwe wykonywanie zadań, Rada Przejrzystości może wyznaczyć jej członkowi termin ich usunięcia.

15. W posiedzeniach Rady Przejrzystości mogą brać udział eksperci z dziedziny medycyny, której dotyczą omawiane na danym posiedzeniu wnioski lub informacje, oraz inne osoby zaproszone przez przewodniczącego Rady Przejrzystości, bez prawa głosu. Osoby te obowiązane są do złożenia deklaracji, o których mowa w ust. 8 i 9.

16. (uchylony)

17. Spośród członków Rady Przejrzystości przed każdym posiedzeniem wyłaniany jest dziesięcioosobowy Zespół, którego skład ustalany jest w drodze losowania, w taki sposób, aby każdy z podmiotów, o których mowa w ust. 2 pkt 3–5, miał jednego przedstawiciela.

18. Pracami Rady Przejrzystości kieruje przewodniczący przy pomocy dwóch wiceprzewodniczących. Przewodniczący i wiceprzewodniczący wybierani są spośród członków Rady Przejrzystości na pierwszym posiedzeniu bezwzględną większością głosów przy obecności co najmniej 2/3 jej członków w głosowaniu tajnym. Przewodniczący lub wiceprzewodniczący Rady Przejrzystości prowadzi posiedzenie Zespołu, o którym mowa w ust. 17.

19. Zespół, o którym mowa w ust. 17, podejmuje uchwały będące stanowiskami Rady Przejrzystości, po uprzednim przedstawieniu pisemnej opinii dołączonej do dokumentacji przez każdego członka uczestniczącego w posiedzeniu. Uchwały Zespołu są podejmowane zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej 2/3 jego członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos prowadzącego posiedzenie Rady Przejrzystości.

20. Stanowisko Rady Przejrzystości, o którym mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy o refundacji, zawiera:

1) rozstrzygnięcie, czy lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrób medyczny powinien być finansowany ze środków publicznych;
2) określenie szczegółowych warunków objęcia refundacją leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w zakresie:
   a) wskazań, w których lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrób medyczny ma być objęty refundacją,
   b) sugerowanego poziomu odpłatności, o którym mowa w art. 14 ustawy o refundacji,
   c) sugestie co do włączenia do istniejącej lub utworzenia nowej grupy limitowej, o której mowa w art. 15 ustawy o refundacji,
   d) uwagi i propozycje do opisu programu lekowego, jeżeli dotyczy,
   e) propozycje instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji;
3) uzasadnienie.

21. Zespół może zdecydować bezwzględną większością głosów o konieczności podjęcia uchwały przez Radę Przejrzystości w pełnym składzie. Przepisy ust. 19 i 20 stosuje się odpowiednio.

22. Szczegółowy tryb pracy Rady Przejrzystości określa regulamin pracy uchwalony przez tę Radę i zatwierdzony przez Prezesa Agencji.

23. Deklarację konfliktu interesów składają także osoby, które zgłaszają uwagi do upublicznionej analizy weryfikacyjnej Agencji lub w związku z upublicznionym porządkiem obrad Rady Przejrzystości. Zgłoszone uwagi są rozpatrywane przez Agencję i zamieszczane w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji włącznie z wypełnioną deklaracją konfliktu interesów.

24. Deklaracje o braku konfliktu interesów weryfikuje Centralne Biuro Antykorupcyjne.

25. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wynagrodzenia członków i przewodniczącego Rady Przejrzystości, uwzględniając zakres jej zadań.

Art. 31sa. 1. Przy Prezesie Agencji działa Rada do spraw Taryfikacji, która pełni funkcję opiniodawczo-doradczą.

2. Do zadań Rady do spraw Taryfikacji należy:

1) opiniowanie:
   a) planu taryfikacji Agencji,
   b) metodyki taryfikacji świadczeń;
2) prowadzenie konsultacji, o których mowa w art. 31lb ust. 7;
3) wydawanie stanowisk, o których mowa w art. 31lb ust. 9;
4) realizacja innych zadań zleconych przez Prezesa Agencji.

3. W skład Rady do spraw Taryfikacji wchodzi dziesięciu członków powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym dwóch członków zgłaszanych przez Prezesa Funduszu.

4. (uchylony)

5. Kadencja Rady do spraw Taryfikacji trwa 6 lat. W przypadku gdy członek Rady do spraw Taryfikacji zostanie odwołany przed upływem kadencji, kadencja członka powołanego na jego miejsce upływa z dniem upływu kadencji Rady do spraw Taryfikacji.

6. (uchylony)

7. Członkiem Rady do spraw Taryfikacji może być wyłącznie osoba, która:

1) posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady do spraw Taryfikacji;
2) nie została skazana prawomocnym wyrokiem za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
3) korzysta z pełni praw publicznych;
4) nie jest członkiem Rady Przejrzystości bądź Komisji Ekonomicznej, o której mowa w art. 17 ustawy o refundacji.

8. Członkowie Rady do spraw Taryfikacji, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej oraz osoby, z którymi członkowie tej Rady pozostają we wspólnym pożyciu, nie mogą:

1) być członkami organów lub przedstawicielami przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją lub rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
2) posiadać akcji lub udziałów w podmiotach, o których mowa w pkt 1;

3) wykonywać działalności gospodarczej w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
4) wykonywać zajęć zarobkowych w zakresie doradztwa związanego z taryfikacją oraz rozliczaniem świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów z podmiotami określonymi w pkt 1–3.

9. Kandydaci na członków Rady do spraw Taryfikacji oraz członkowie Rady do spraw Taryfikacji składają oświadczenie o niezachodzeniu okoliczności określonych w ust. 8, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zwane dalej „oświadczeniem o braku konfliktu interesów”, dotyczące ich samych oraz ich małżonków, zstępnych i wstępnych w linii prostej oraz osób, z którymi pozostają we wspólnym pożyciu. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

9a. W przypadku niezłożenia oświadczenia o braku konfliktu interesów minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady do spraw Taryfikacji.

10. Osoby niebędące członkami Rady do spraw Taryfikacji, którym zamierza się zlecić przygotowanie ekspertyzy lub innego opracowania dla tej Rady, przed przyjęciem zlecenia składają oświadczenie o zaistnieniu albo niezaistnieniu okoliczności określonych w ust. 8, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

11. W posiedzeniach Rady do spraw Taryfikacji mogą brać udział eksperci oraz inne osoby zaproszone przez przewodniczącego tej Rady, bez prawa głosu. Do osób tych stosuje się ust. 8 i 10.

12. W przypadku ujawnienia konfliktu interesów członka Rady do spraw Taryfikacji, Rada do spraw Taryfikacji wyłącza tego członka z udziału w pracach tej Rady oraz informuje o tym Prezesa Agencji.

13. Oświadczenia o braku konfliktu interesów weryfikuje Centralne Biuro Antykorupcyjne.

14. Pracami Rady do spraw Taryfikacji kieruje przewodniczący przy pomocy dwóch wiceprzewodniczących. Przewodniczący oraz wiceprzewodniczący są

wybierani spośród członków Rady do spraw Taryfikacji na pierwszym posiedzeniu większością 2/3 głosów przy obecności co najmniej połowy jej członków w głosowaniu tajnym.

15. Rada do spraw Taryfikacji podejmuje uchwały zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego Rady do spraw Taryfikacji.

16. Szczegółowy tryb pracy Rady do spraw Taryfikacji określa regulamin pracy uchwalany przez tę Radę i zatwierdzany przez Prezesa Agencji.

17. Członkom Rady do spraw Taryfikacji przysługuje:

1) wynagrodzenie nieprzekraczające 3500 zł za udział w każdym posiedzeniu tej Rady, jednak nie więcej niż 10 500 zł miesięcznie;
2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77^5 § 2 Kodeksu pracy.

18. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wynagrodzenia członków i przewodniczącego Rady do spraw Taryfikacji, uwzględniając zakres jej zadań.

Art. 31sb. 1. Za reprezentatywną organizację świadczeniodawców uważa się taką organizację, która zrzesza świadczeniodawców, u których liczba osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wynosi łącznie co najmniej 10 000. Osoba uprawniona do reprezentowania tej organizacji złoży ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, nie później niż do dnia 30 kwietnia, oświadczenie potwierdzające liczbę osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi wykaz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

3. W przypadku reprezentatywnej organizacji świadczeniodawców wpisanej do wykazu reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, oświadczenie określone w ust. 1 składa się corocznie, nie później niż do dnia 30 kwietnia. Niezłożenie takiego oświadczenia w terminie skutkuje usunięciem takiej organizacji z wykazu reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia wykaz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, wraz z oświadczeniami, o których mowa w ust. 1 i 3, w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i na stronie internetowej tego urzędu.

Art. 31t. 1. Agencja działa na podstawie rocznego planu finansowego zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, obejmującego przychody i koszty Agencji.

2. Przychodami Agencji są:

1) przychody z tytułu opłat za przygotowywanie analiz weryfikacyjnych Agencji;
1a) odpis dla Agencji, o którym mowa w ust. 5–9;
2) dotacje celowe na finansowanie lub dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji;
3) (uchylony)
4) darowizny i zapisy;
5) przychody z lokat;
6) inne przychody.

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

1) kwotę darowizny;
2) datę dokonania darowizny;
3) imię i nazwisko albo nazwę (firmę) darczyńcy.

4. Kosztami Agencji są koszty:

1) działalności Agencji, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości oraz infrastruktury technicznej, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diety i zwroty kosztów podróży;
2) realizacji zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
3) działania Rady Przejrzystości i Rady do spraw Taryfikacji;
4) koszty pozyskiwania danych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń;
5) inne koszty wynikające z przepisów odrębnych.

5. Wysokość odpisu dla Agencji na dany rok jest ustalana przez Prezesa Agencji z uwzględnieniem:

1) wysokości kosztów Agencji określonych w planie finansowym Agencji w roku poprzednim oraz planu finansowego Agencji przewidywanego do wykonania w tym roku;

2) różnicy między planowaną a wykonaną wysokością kosztów Agencji w roku poprzedzającym o 2 lata dany rok;
3) projektu planu taryfikacji Agencji na dany rok;
4) przychodów Agencji z tytułu opłat za przygotowywanie analiz weryfikacyjnych Agencji w roku poprzedzającym o 2 lata dany rok;
5) wysokości funduszu zapasowego.

6. Ustalenie wysokości odpisu dla Agencji na dany rok wymaga pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia wydawanej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

7. W przypadku niewydania pozytywnej opinii, o której mowa w ust. 6, wysokość odpisu dla Agencji ustala minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

8. W przypadku nieustalenia wysokości odpisu dla Agencji w sposób określony w ust. 7, wartość tę przyjmuje się w wysokości wynikającej z planu finansowego Agencji w roku poprzednim.

9. Wysokość odpisu dla Agencji stanowi nie więcej niż 0,06% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne na ten rok określonych w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4 albo ustalonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 5, albo art. 123 ust. 3.

10. Prezes Agencji informuje Prezesa Funduszu o wysokości odpisu dla Agencji na dany rok.

11. Przychody Agencji przeznacza się na pokrycie kosztów zadań Agencji, Rady Przejrzystości oraz Rady do spraw Taryfikacji w wysokości uwzględniającej możliwość realizacji kosztów ponad przychody, jednak nie więcej niż wysokość funduszu zapasowego. Agencja może dokonywać zakupu aktywów trwałych ze środków pochodzących z odpisu dla Agencji.

12. (uchylony)

13. Odpis dla Agencji jest przekazywany przez Fundusz do Agencji w dwunastu równych, miesięcznych ratach, w terminie do ostatniego dnia każdego miesiąca.

14. Od kwoty nieprzekazanego przez Fundusz w terminie odpisu dla Agencji przysługują odsetki za zwłokę, na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

Art. 31u. 1. Tworzy się fundusz podstawowy i fundusz zapasowy Agencji.

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

3. Fundusz zapasowy Agencji tworzy się z zysku netto z przeznaczeniem na finansowanie inwestycji lub pokrycie straty netto.

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

5. Agencja prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2019 r. poz. 351), z wyłączeniem art. 80 ust. 3 tej ustawy.

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

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

8. Jeżeli ze sprawozdania finansowego Agencji za dany rok zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia wynika, że Agencja nie poniosła straty w danym roku, Prezes Agencji może wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych o wyrażenie zgody na wykorzystanie funduszu zapasowego na finansowanie inwestycji niezbędnych do prawidłowej realizacji zadań ustawowych Agencji, w tym zakupu aktywów trwałych.

9. Wykorzystanie funduszu zapasowego na finansowanie inwestycji na podstawie ust. 8 wymaga wyodrębnienia ze środków obrotowych Agencji środków pieniężnych odpowiadających wysokości równowartości funduszu zapasowego przeznaczonej na ten cel, w sposób określony przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych, i przekazania ich na odrębny rachunek bankowy, z którego Agencja będzie regulować zobowiązania powstałe w związku z realizacją inwestycji.

Art. 31v. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad działalnością Agencji, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

2. Do nadzoru, o którym mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 173 ust. 2–4, art. 181, art. 183 i art. 184.

3. W ramach nadzoru minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:

1) żądania udostępnienia mu przez Agencję dokumentów związanych z jej działalnością lub ich kopii;
2) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności Prezesa Agencji, zastępcy Prezesa Agencji i Rady Przejrzystości oraz pracowników Agencji.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, przedstawiając żądanie, o którym mowa w ust. 3, wskazuje termin jego wykonania.

5. W razie stwierdzenia, na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień i dokumentów, o których mowa w ust. 3, przypadków naruszeń prawa lub statutu Agencji minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia Agencję o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie jej działalności do przepisów prawa lub statutu, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów prawa.

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

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

Rozdział 2

Zakres świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 32. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a

ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576 i 577), będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 32a. 1. Świadczeniobiorca, u którego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania, o którym mowa w art. 32.

2. Świadczeniobiorca, u którego:

1) w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy,
2) lekarz udzielający świadczeń szpitalnych lub świadczeń w ramach programów zdrowotnych stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy

– ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 lub art. 58.

2a. Świadczeniodawca realizujący leczenie, o którym mowa w ust. 2, wyznacza koordynatora leczenia onkologicznego, do którego zadań należy udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji procesu leczenia oraz koordynacja tego procesu, w tym zagwarantowanie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą przez zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach procesu leczenia.

3. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

4. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.

5. (uchylony)

6. (uchylony)

7. Świadczeniobiorca zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, u którego świadczenia te będą udzielane.

8. W przypadku konieczności zmiany świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 7, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest wydawana świadczeniobiorcy.

9. (uchylony)

10. (uchylony)

11. (uchylony)

12. (uchylony)

13. (uchylony)

14. (uchylony)

15. (uchylony)

16. Oddział wojewódzki Funduszu, na wniosek odpowiednio świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lub świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub świadczeń szpitalnych, lub programów zdrowotnych, przydziela zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy przydzielają lekarzom udzielającym u nich świadczeń opieki zdrowotnej zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

17. Zakresy liczb będące unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą być wykorzystane tylko raz.

18. (uchylony)

Art. 32b. 1. Świadczeniodawca sporządzający dokumentację medyczną dotyczącą diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego ma obowiązek sporządzić i przekazać nieodpłatnie świadczeniobiorcy posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego kopię tej dokumentacji, za której wykonanie świadczeniodawca nie pobiera opłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.[8)]). Kopia dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego stanowi załącznik do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

2. W przypadku:

[8)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 1524, z 2018 r. poz. 1115, 1515, 2219 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 150, 447 i 730.

1) gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, świadczeniobiorca pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, który wykonywał tę diagnostykę;
2) zakończenia leczenia onkologicznego, świadczeniobiorca pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, który zakończył to leczenie.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.

4. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera:
1) oznaczenie świadczeniobiorcy pozwalające na ustalenie jego tożsamości:
   a) nazwisko i imię (imiona),
   b) datę urodzenia,
   c) oznaczenie płci,
   d) adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość),
   e) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka – numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz numer kolejny noworodka,
   f) w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz adres jego miejsca zamieszkania,
   g) podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

h) numer telefonu,

i) adres poczty elektronicznej;

2) oznaczenie świadczeniodawcy, w tym imię i nazwisko lekarza, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej;

3) nazwę i adres miejsca udzielania świadczeń oraz imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanego przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;

4) dane lekarza biorącego udział w ustaleniu planu leczenia onkologicznego:

a) imię i nazwisko,

b) numer prawa wykonywania zawodu;

5) dane koordynatora leczenia onkologicznego:

a) imię i nazwisko,

b) numer telefonu służbowego,

c) adres służbowej poczty elektronicznej;

6) dane inne niż określone w pkt 1–5:

a) datę sporządzenia karty,

b) datę decyzji o założeniu karty,

c) tryb wydania karty,

d) datę otrzymania karty przez świadczeniobiorcę,

e) dane o skierowaniu do lekarza specjalisty lub szpitala,

f) dane dotyczące diagnostyki onkologicznej,

g) rozpoznanie,

h) dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej,

i) dane dotyczące planu leczenia onkologicznego,

j) dane dotyczące leczenia onkologicznego,

k) unikalny numer identyfikacyjny.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, mając na celu zapewnienie właściwego przepływu informacji dotyczących realizacji diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego.

Art. 32c. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego obliczają corocznie wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego za

poprzedni rok kalendarzowy na podstawie danych z raportów statystycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2. Świadczeniodawcy przekazują do oddziału wojewódzkiego Funduszu wskaźniki efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego nie później niż do końca drugiego kwartału roku kalendarzowego następującego po roku, za który obliczono te wskaźniki.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, uwzględniając zalecenia wydane na podstawie art. 11 ust. 3 w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, mierniki oceny prowadzenia diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, które mogą być wykorzystane do obliczania wskaźników efektywności tej diagnostyki i tego leczenia.

Art. 32d. Obwieszczenie, o którym mowa w art. 32c ust. 2, jest ogłaszane w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 33. 1. Leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitacja uzdrowiskowa przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, a jeżeli nie można ustalić miejsca jego zamieszkania – oddział wojewódzki Funduszu właściwy dla siedziby świadczeniodawcy, który wystawił skierowanie. Do potwierdzenia oraz odmowy potwierdzania skierowania, o którym mowa w ust. 1, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

3. Świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową i z leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej oraz częściową odpłatność za wyżywienie i zakwaterowanie w sanatorium uzdrowiskowym. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych pokrywa do wysokości określonej w umowie oddziału wojewódzkiego Funduszu z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego.

4. Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej – do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu – bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w szpitalu uzdrowiskowym dla dzieci, sanatorium uzdrowiskowym dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowym.

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

1) sposób wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
2) tryb potwierdzania skierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową oraz wzór tego skierowania

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

Art. 33a. 1. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

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

1) sposób i tryb kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,
2) dokumentację wymaganą przy kierowaniu osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, w tym wzory: wniosku o wydanie skierowania do zakładu, zaświadczenia lekarskiego oraz wywiadu pielęgniarskiego,
3) sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych

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

Art. 33b. 1. W przypadku gdy stan zdrowia świadczeniobiorcy wymaga wykonywania procedur medycznych stosowanych w leczeniu szpitalnym, ale nie wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach podmiotu leczniczego, świadczeniodawca zapewnia bezpłatnie na wniosek świadczeniobiorcy zakwaterowanie w innym miejscu, w którym świadczy się usługi hotelarskie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach hotelarskich oraz usługach pilotów wycieczek i przewodników turystycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 238) w zakresie krótkotrwałego, ogólnie dostępnego wynajmowania domów, mieszkań i pokoi. Informację tę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

2. Świadczeniobiorcy, który korzysta z zakwaterowania na podstawie ust. 1, przysługuje bezpłatnie, na jego wniosek, transport z miejsca tego zakwaterowania do miejsca udzielania świadczeń. Informację tę odnotowuje się w dokumentacji medycznej.

3. Świadczeniodawca, który zapewnił zakwaterowanie na podstawie ust. 1, ponosi odpowiedzialność za szkody, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, wynikające wyłącznie z udzielania lub zaniechania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 34. (uchylony)

Art. 34a. (uchylony)

Art. 35. Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Art. 36. (uchylony)

Art. 37. (uchylony)

Art. 38. (uchylony)

Art. 39. (uchylony)

Art. 39a. (uchylony)

Art. 39b. (uchylony)

Art. 39c. (uchylony)

Art. 40. Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez osobę uprawnioną, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, na zasadach określonych w tej ustawie.

Art. 40a. Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia wystawionego przez fizjoterapeutę, o którym mowa w przepisach o zawodzie fizjoterapeuty, na zasadach określonych w ustawie o refundacji.

Art. 41. 1. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:

1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

2. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego – w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.

3. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.

4. (uchylony)

Art. 41a. Zabezpieczenie transportu sanitarnego, o którym mowa w art. 201 § 2 Kodeksu karnego wykonawczego, przysługuje bezpłatnie w związku z realizacją świadczenia gwarantowanego we wskazanym zakładzie psychiatrycznym.

Art. 42. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej udzielane uprawnionym żołnierzom lub pracownikom także po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, pokrywa się z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Obrony Narodowej.

1a. Świadczenia opieki zdrowotnej niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej udzielane weteranom poszkodowanym w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas

wykonywania zadań poza granicami państwa pokrywa się z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest odpowiednio Minister Obrony Narodowej, minister właściwy do spraw wewnętrznych, Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego albo Szef Agencji Wywiadu.

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

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

1) szczegółowe warunki otrzymywania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1a,
2) tryb postępowania w sprawach, o których mowa w pkt 1,
3) sposób i tryb finansowania ponoszonych kosztów

– uwzględniając zasady wydatkowania środków publicznych.

Rozdział 2a

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielone poza granicami kraju

Art. 42a. Fundusz finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju:

1) na zasadzie zwrotu kosztów, o którym mowa w art. 42b;
2) zgodnie z przepisami o koordynacji;
3) na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o których mowa w art. 42i ust. 2 i 9, albo decyzji Prezesa Funduszu, o których mowa w art. 42j ust. 1 i 2.

Art. 42b. 1. Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG, zwanego dalej „zwrotem kosztów”.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do:

1) obowiązkowych szczepień ochronnych;

2) opieki długoterminowej, jeżeli jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego;
3) przydziału i dostępu do narządów przeznaczonych do przeszczepów, obejmujących czynności, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 r. poz. 1000 oraz z 2018 r. poz. 1669).

3. Warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest uzyskanie przez świadczeniobiorcę, przed skorzystaniem ze świadczenia, o którym mowa w ust. 1, podlegającego zwrotowi kosztów, odpowiedniego skierowania lub zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego, zgodnie z art. 32, art. 33 ust. 1, art. 33a ust. 1, art. 41 lub art. 57–59 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 31d.

4. Skierowanie lub zlecenie na przejazd środkami transportu sanitarnego, wymagane zgodnie z ust. 3, może być wystawione również przez lekarza wykonującego zawód w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EOG. Takie skierowanie lub zlecenie traktuje się jak skierowanie lub zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

5. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest potwierdzenie skierowania zgodnie z art. 33 ust. 2, w zakresie celowości leczenia uzdrowiskowego, przed skorzystaniem z tych świadczeń.

6. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 15, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest:
1) zakwalifikowanie pacjenta przez świadczeniodawcę do danego programu lekowego;
2) niezaistnienie kryteriów wyłączenia z programu określonych w opisie programu lekowego.

7. W przypadku gdy w trakcie trwania leczenia świadczeniobiorcy w ramach programu lekowego zaistniały kryteria wyłączenia, o których mowa w ust. 6 pkt 2, zwrot kosztów obejmuje koszt świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych do momentu zaistnienia tych kryteriów.

8. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, udzielanego w ramach programów zdrowotnych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 13, warunkiem otrzymania zwrotu kosztów jest spełnienie wymogów warunkujących udział pacjenta w danym programie.

9. W przypadku świadczenia, o którym mowa w ust. 1, zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1, warunkiem zwrotu kosztów jest uprzednie wydanie zgody przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na uzyskanie danego świadczenia opieki zdrowotnej w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EOG. Uprzednia zgoda obejmuje także świadczenia opieki zdrowotnej, które nie były bezpośrednio przedmiotem tej zgody, jeżeli ich udzielenie okazało się konieczne w związku z udzielaniem świadczenia opieki zdrowotnej objętego zgodą.

10. Świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania zwrotu kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartego w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy o refundacji, lub mającego w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji, który został zakupiony w aptece działającej na terytorium:

1) państwa członkowskiego UE lub EOG, na podstawie recepty wystawionej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG przez osobę uprawnioną do wystawiania recept zgodnie z przepisami tego państwa;
2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG, na podstawie recepty transgranicznej.

11. Świadczeniobiorca jest uprawniony do uzyskania zwrotu kosztów zakupu lub naprawy wyrobu medycznego będącego świadczeniem gwarantowanym, który został zakupiony lub podlegał naprawie na terytorium:

1) państwa członkowskiego UE lub EOG, na podstawie zlecenia wystawionego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG przez osobę uprawnioną do jego wystawienia zgodnie z przepisami tego państwa;
2) innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG, na podstawie zlecenia wystawionego przez osobę uprawnioną, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, na zasadach określonych w tej ustawie.

12. Zwrot kosztów leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, o którym mowa w ust. 10 pkt 1, dotyczy

wyłącznie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych ordynowanych zgodnie z potwierdzonymi w dokumentacji medycznej wskazaniami, odpowiadającymi zakresowi wskazań objętych refundacją dla danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, określonemu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji.

Art. 42c. 1. Fundusz dokonuje zwrotu kosztów w wysokości odpowiadającej kwocie:

1) finansowania danego świadczenia gwarantowanego stosowanej w rozliczeniach między Funduszem a świadczeniodawcami z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2) finansowania danego świadczenia gwarantowanego – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12, medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego oraz świadczeń udzielanych w ramach programów zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa;
3) limitu finansowania danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, zawartych w danym wskazaniu w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, z uwzględnieniem odpłatności, o której mowa w art. 14 ustawy o refundacji, w zakresie dotyczącym leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy o refundacji, lub mających w tym wykazie swój odpowiednik refundowany w danym wskazaniu, w rozumieniu art. 2 pkt 13 ustawy o refundacji;
4) odpowiadającej wartości wyrobu medycznego, nie wyższej niż limit finansowania ze środków publicznych dla danego wyrobu medycznego wynikający z przepisów wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, z uwzględnieniem przepisów art. 47 ust. 1–2a – w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 9.

2. W przypadku gdy procedura medyczna wykonana na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG mieści się w zakresie świadczeń gwarantowanych, nie mając dokładnego odpowiednika wśród procedur medycznych wykonywanych w kraju, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się

kwotę finansowania procedury medycznej, mieszczącej się w zakresie tych świadczeń, najbardziej zbliżonej pod względem medycznym do procedury wykonanej na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG.

3. W przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy co najmniej dwóch świadczeń, o których mowa w art. 42b ust. 1, które są rozliczane przez Fundusz w ramach jednego świadczenia gwarantowanego, za podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się to świadczenie.

4. W przypadku złożenia oddzielnych wniosków o zwrot kosztów, dotyczących co najmniej dwóch świadczeń, o których mowa w art. 42b ust. 1, rozliczanych przez Fundusz w ramach jednego świadczenia gwarantowanego, łączna kwota zwrotu kosztów uzyskana na podstawie tych wniosków nie może przekraczać kwoty finansowania tego świadczenia.

5. W przypadku gdy dla danego świadczenia gwarantowanego istnieje na terenie kraju ta sama wysokość kwoty finansowania stosowana w rozliczeniach między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcami, podstawą zwrotu kosztów jest wysokość kwoty finansowania według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.

6. W przypadku gdy dla danego świadczenia gwarantowanego istnieje na terenie kraju zróżnicowanie wysokości kwot finansowania stosowanych w rozliczeniach między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych a świadczeniodawcami, podstawą zwrotu kosztów jest średnia ważona kwoty finansowania obliczona dla tego świadczenia gwarantowanego według stanu obowiązującego na dzień 1 stycznia roku, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.

7. Jeżeli ustalenie podstawy zwrotu kosztów nie jest możliwe przy zastosowaniu przepisów ust. 5 lub 6, jako podstawę zwrotu kosztów przyjmuje się odpowiednio wysokość kwoty finansowania albo średnią ważoną kwoty finansowania obliczoną według stanu obowiązującego na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42d ust. 1.

8. W przypadku świadczeń gwarantowanych rozliczanych w formie ryczałtowej za gotowość do udzielania świadczeń podstawą zwrotu kosztów jest obliczona na terenie kraju średnia kwota finansowania świadczeń z danego zakresu, udzielonych

jednemu pacjentowi, w ostatnim pełnym kwartale poprzedzającym kwartał, w którym zakończono udzielanie tych świadczeń, w szczególności średnia kwota finansowania:

1) świadczeń gwarantowanych udzielonych jednemu świadczeniobiorcy w szpitalnym oddziale ratunkowym albo izbie przyjęć;
2) jednorazowej interwencji zespołu ratownictwa medycznego.

9. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, średnią ważoną, o której mowa w ust. 6, oraz średnią kwotę finansowania, o której mowa w ust. 8, oblicza minister właściwy do spraw zdrowia.

10. W przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego podstawą zwrotu kosztów jest kwota finansowania ze środków publicznych, ustalona zgodnie z ust. 1 pkt 3 lub 4, obowiązująca na dzień zakupu.

11. W przypadku gdy liczba DDD, w rozumieniu ustawy o refundacji, w opakowaniu leku zakupionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EOG różni się od liczby DDD w opakowaniu leku wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, kwotę zwrotu kosztów odpowiednio zwiększa lub zmniejsza się proporcjonalnie do ilorazu liczby DDD w opakowaniu leku zakupionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EOG i liczby DDD leku wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji.

12. Zwrotu kosztów dokonuje się w walucie polskiej.

13. Zwrot kosztów nie może przekraczać kwoty wydatków rzeczywiście poniesionych przez świadczeniobiorcę z tytułu uzyskania danego świadczenia, o którym mowa w art. 42b ust. 1, ustalonej przy zastosowaniu kursu średniego dla danej waluty ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski, obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, o którym mowa w art. 42d ust. 5 pkt 1.

14. Do zwrotu kosztów stosuje się art. 50a ust. 2.

Art. 42d. 1. Decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów wydaje, na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, zwany dalej „wnioskiem o zwrot kosztów”, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;
2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określonego zgodnie z ust. 1 wydaje decyzję administracyjną o odmowie zwrotu kosztów, jeżeli:
1) wniosek o zwrot kosztów dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej niespełniających kryteriów określonych w art. 42b ust. 1, 10–12 lub
2) wniosek o zwrot kosztów dotyczy świadczeń, o których mowa w art. 42b ust. 2, lub
3) nie zostały spełnione warunki dotyczące posiadania przez świadczeniobiorcę skierowania lub zlecenia, o których mowa w art. 42b ust. 3–5, recepty, o której mowa w art. 42b ust. 10 pkt 1, lub recepty transgranicznej albo zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 11, lub
4) nie zostały spełnione warunki, o których mowa w art. 42b ust. 6 albo 8, lub
5) świadczeniobiorca, przed udzieleniem mu świadczeń opieki zdrowotnej, nie uzyskał zgody, o której mowa w art. 42b ust. 9, lub
6) świadczeniobiorca nie przedstawił dokumentów zawierających wystarczające dane dotyczące procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, pozwalające na zidentyfikowanie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, lub
7) świadczeniobiorca nie udokumentował faktu pokrycia całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, lub
8) świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek o zwrot kosztów, zostały zakwalifikowane przez Fundusz do rozliczenia na podstawie przepisów o koordynacji, lub
9) wniosek o zwrot kosztów został złożony po upływie terminu, o którym mowa w ust. 12.

3. Przepisu ust. 2 pkt 5 nie stosuje się, jeżeli świadczeniobiorca po upływie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 9, ze względu na pilną konieczność podjęcia leczenia niezbędnego dla

ratowania życia lub zdrowia, wynikającą z potwierdzonego stanu klinicznego, poddał się takiemu leczeniu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EOG.

4. Wniosek o zwrot kosztów zawiera:

1) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
2) adres miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy oraz adres do korespondencji;
3) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek o zwrot kosztów składa przedstawiciel ustawowy;
4) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, jeżeli wniosek o zwrot kosztów składa przedstawiciel ustawowy;
5) termin i państwo udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów;
6) łączną kwotę, którą uiszczono za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, z podaniem waluty;
7) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, jeżeli posiada;
8) numer decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 42f ust. 1, jeżeli świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, znajduje się w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1;
9) numer rachunku bankowego, w przypadku gdy zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przelewu bankowego, a w przypadku rachunku prowadzonego za granicą – również inne niezbędne dane tego rachunku;
10) imię i nazwisko oraz adres posiadacza rachunku bankowego, jeżeli rachunek ten nie należy do świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów;
11) adres, na który ma zostać przekazany przekaz pocztowy, jeżeli zwrot kosztów ma zostać dokonany w drodze przekazu pocztowego;
12) spis załączników do wniosku o zwrot kosztów;
13) oświadczenie osoby składającej wniosek, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

<4a. W przypadku recepty transgranicznej w postaci elektronicznej, we wniosku o zwrot kosztów podaje się klucz dostępu do recepty lub pakietu recept, o którym mowa w art. 96b ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.>

Dodany ust. 4a w art. 42d wejdzie w życie z dn. 1.01.2021 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590).

5. Do wniosku o zwrot kosztów dołącza się:

1) oryginał rachunku wystawionego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EOG przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub oryginał rachunku wystawionego w państwie członkowskim UE lub EOG przez aptekę albo dostawcę wyrobów medycznych;
2) dokument potwierdzający pokrycie całości kosztów świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w przypadku gdy nie wynika to z dokumentu, o którym mowa w pkt 1;
3) oryginał lub kopię odpowiednio:
   a) skierowania, a w przypadku skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, wydruk, o którym mowa w art. 59b ust. 2 pkt 3, lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3–5,
   b) recepty, o której mowa w art. 42b ust. 10 pkt 1, albo recepty transgranicznej,
   c) zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 11.

6. Rachunek, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, zawiera:

1) dane wystawcy rachunku oraz datę jego wystawienia;
2) dane świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów;
3) dane niezbędne do zidentyfikowania świadczenia, którego dotyczy wniosek o zwrot kosztów, w szczególności informacje umożliwiające określenie kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 oraz Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD--10 albo dane dotyczące wydanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych.

7. W przypadku gdy rachunek, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, nie zawiera danych, o których mowa w ust. 6 pkt 3, dane te powinny być zawarte w dołączonej do wniosku o zwrot kosztów dokumentacji.

8. W przypadku świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15, do wniosku o zwrot kosztów dołącza się zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające

zakwalifikowanie do odpowiedniego programu lekowego oraz kopię dokumentacji medycznej.

9. W przypadku gdy wniosek o zwrot kosztów dotyczy leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia lub wyrobu medycznego, o którym mowa w art. 42b ust. 10 pkt 1, do wniosku dołącza się również kopię dokumentacji medycznej, z której wynika medyczna zasadność wystawienia recepty na lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia lub wyrób medyczny, którego dotyczy ten wniosek.

10. W przypadku gdy dokumenty, o których mowa w ust. 5–9, są sporządzone w języku obcym, do wniosku o zwrot kosztów należy dołączyć tłumaczenie tych dokumentów na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

11. Przepisów ust. 5 pkt 3 lit. a i ust. 8 nie stosuje się do wniosku o zwrot kosztów dotyczącego świadczenia opieki zdrowotnej, na które świadczeniobiorca uzyskał zgodę, o której mowa w art. 42b ust. 9.

12. Wniosek o zwrot kosztów składa się w terminie 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, którego dotyczy ten wniosek.

13. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów nie wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, decyzję, o której mowa w ust. 1 albo 2, wydaje się w terminie 30 dni od dnia wszczęcia postępowania.

14. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, wydanie decyzji, o których mowa w ust. 1 i 2, następuje w terminie 60 dni od dnia wszczęcia postępowania. W przypadku gdy postępowanie wyjaśniające wymaga uzupełnienia przez świadczeniobiorcę albo jego przedstawiciela ustawowego wniosku o zwrot kosztów lub prowadzenia korespondencji z instytucją krajową, do tego terminu nie wlicza się okresu:

1) od dnia wezwania do uzupełnienia wniosku do dnia otrzymania tego uzupełnienia przez oddział wojewódzki Funduszu albo do dnia bezskutecznego upływu terminu wyznaczonego na uzupełnienie wniosku o zwrot kosztów;
2) od dnia wysłania zapytania do instytucji krajowej do dnia otrzymania przez oddział wojewódzki Funduszu odpowiedzi tej instytucji.

15. W przypadku gdy rozpatrzenie wniosku o zwrot kosztów wymaga przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego przy udziale krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działającego w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EOG, zwrot kosztów albo wydanie decyzji odmawiającej zwrotu kosztów następuje w terminie 6 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania. Jeżeli w powyższym terminie nie dokonano ustaleń pozwalających na jednoznaczne określenie kwoty zwrotu kosztów należnej świadczeniobiorcy, zwrot kosztów następuje niezwłocznie po upływie tego terminu w wysokości odpowiadającej kwocie, którą należy uznać w danym przypadku za najbardziej prawdopodobną podstawę zwrotu kosztów. W postępowaniu wątpliwości rozstrzyga się na korzyść świadczeniobiorcy.

16. Rozpoczęcie rozpatrywania wniosków o zwrot kosztów następuje zgodnie z kolejnością wpływu do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

17. Zwrot kosztów następuje w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki Funduszu wiadomości o tym, że decyzja, o której mowa w ust. 1, stała się ostateczna, z zastrzeżeniem art. 42h ust. 1.

18. Zwrotu kosztów dokonuje się w drodze przelewu na rachunek bankowy podany we wniosku o zwrot kosztów albo w drodze przekazu pocztowego.

19. Od decyzji, o których mowa w ust. 1 i 2, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.

20. W przypadku:

1) uchylenia decyzji, o której mowa w ust. 1, i rozpatrzenia sprawy co do istoty,
2) uchylenia decyzji, o której mowa w ust. 1, w przypadku wznowienia postępowania,
3) nieważności decyzji, o której mowa w ust. 1

– po dokonaniu przez Fundusz zwrotu kosztów świadczeniobiorca, który otrzymał zwrot kosztów, jest obowiązany do zwrotu nienależnie otrzymanej kwoty.

21. Kwota, o której mowa w ust. 20, podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek zwrotu tej kwoty, jej wysokość oraz termin płatności.

22. Od kwoty, o której mowa w ust. 20, nalicza się odsetki ustawowe za opóźnienie, poczynając od dnia, w którym upłynął termin płatności.

23. Nie wydaje się decyzji, o której mowa w ust. 21, jeżeli od dnia uchylenia lub stwierdzenia nieważności decyzji, o której mowa w ust. 1, upłynęło 5 lat.

24. Należność z tytułu zwrotu kwoty, o której mowa w ust. 20, ulega przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca tę należność stała się ostateczna.

25. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku o zwrot kosztów, mając na względzie zapewnienie sprawności postępowania w sprawie zwrotu kosztów.

Art. 42e. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których zwrot kosztów wymaga uzyskania zgody, o której mowa w art. 42b ust. 9, mając na względzie dobro świadczeniobiorców oraz gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.

2. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

1) świadczenia opieki zdrowotnej podlegające wymogom planowania niezbędnego dla zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do pełnego zakresu opieki zdrowotnej wysokiej jakości lub wynikającego z konieczności kontrolowania kosztów i uniknięcia niegospodarności w wykorzystaniu zasobów finansowych, technicznych i ludzkich, a jednocześnie których udzielenie wymaga:
   a) pozostawania pacjenta w szpitalu do dnia następnego lub
   b) zastosowania wysokospecjalistycznej i kosztownej infrastruktury lub aparatury i sprzętu medycznego;
2) świadczenia opieki zdrowotnej stwarzające szczególne ryzyko dla życia lub zdrowia świadczeniobiorcy.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje rozporządzenie, o którym mowa w ust. 1, lub dokonuje jego zmiany w przypadku stwierdzenia, że brak takiego wykazu lub jego zmiany będzie skutkować nienależytym zabezpieczeniem dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie kraju.

Art. 42f. 1. Zgodę, o której mowa w art. 42b ust. 9, wydaje, w drodze decyzji administracyjnej, na wniosek świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez świadczeniobiorcę, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce

zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;
2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, w drodze decyzji administracyjnej, odmówić zgody, o której mowa w art. 42b ust. 9, jeżeli świadczenie opieki zdrowotnej objęte wnioskiem:

1) nie jest świadczeniem gwarantowanym;
2) może zostać udzielone w kraju przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w terminie nieprzekraczającym czasu oczekiwania, o którym mowa w ust. 4 pkt 2 lit. h;
3) stwarza dla zdrowia świadczeniobiorcy znaczne ryzyko, którego nie równoważą potencjalne korzyści zdrowotne, jakie może on odnieść dzięki uzyskaniu tego świadczenia;
4) stwarza znaczne zagrożenie zdrowotne dla społeczeństwa;
5) ma zostać udzielone przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, działający w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim UE lub EOG, co do którego zachodzą istotne wątpliwości w zakresie przestrzegania standardów jakości i bezpieczeństwa, ustanowionych przez państwo, w którym udziela on świadczeń zdrowotnych.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

1) w części wypełnianej przez świadczeniobiorcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez świadczeniobiorcę:

a) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji świadczeniobiorcy,

c) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez świadczeniobiorcę, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę,

d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego świadczeniobiorcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez świadczeniobiorcę, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez świadczeniobiorcę,

e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez świadczeniobiorcę, jeżeli posiada,

f) wskazanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, działającego w innym państwie członkowskim UE lub EOG, mającego udzielić świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem,

g) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;

2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 3:

a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,

b) pieczątkę, nadruk albo naklejkę zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza wypełniającego wniosek,

c) pieczątkę, nadruk albo naklejkę zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,

d) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,

e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,

f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,

g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,

h) określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek,

i) uzasadnienie wniosku,

j) spis załączników do wniosku.

5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1:

1) dołącza się dokumentację medyczną oraz zaświadczenie, o którym mowa w art. 20 ust. 2 pkt 6, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym – tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego;

2) można dołączyć oświadczenie, że świadczeniobiorca na podstawie wniosku, o którym mowa w ust. 1, sprzeciwia się wydaniu zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1.

6. Przy rozpatrywaniu wniosku, o którym mowa w ust. 1, uwzględnia się pilność danego przypadku ocenianą przy uwzględnieniu aktualnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy, stopnia odczuwanych dolegliwości lub charakteru jego niepełnosprawności, historii choroby i przewidywanego jej rozwoju.

7. Od decyzji, o której mowa w ust. 2, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.

8. Jeżeli wniosek, o którym mowa w ust. 1, spełnia warunki do wydania zgody, o której mowa w art. 42i ust. 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje

taką zgodę, chyba że świadczeniobiorca złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 5 pkt 2.

Art. 42g. Przepisów art. 42b–42f nie stosuje się do osób:

1) o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16, oraz członków ich rodzin, posiadających miejsce zamieszkania na terytorium państwa członkowskiego UE lub EOG wymienionego w załączniku nr 3 do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego;
2) zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodzin osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1–15a, 17 i 20–37, jeżeli posiadają miejsce zamieszkania na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub EOG niż osoba, która zgłosiła członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego, a państwo zamieszkania jest wymienione w załączniku nr 3 do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Art. 42h. 1. W przypadku gdy koszty realizacji zadań wynikających z art. 42b w danym roku kalendarzowym osiągną kwotę limitu, stanowiącą sumę rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. d, oraz rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 5, Fundusz zawiesza wypłatę kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów do końca tego roku kalendarzowego. Prezes Funduszu niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, o zawieszeniu wypłaty tych kwot.

2. W przypadku gdy przed końcem pierwszego półrocza danego roku kalendarzowego zostanie przekroczony poziom 50% kwoty limitu, o której mowa w ust. 1, Prezes Funduszu niezwłocznie informuje, w drodze ogłoszenia na stronach internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, o przewidywanym terminie zawieszenia wypłaty kwot należnych z tytułu zwrotu kosztów.

3. W przypadku gdy przychody ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, zrealizowane jako należne za okres od początku danego roku kalendarzowego, są niższe niż przychody planowane na ten okres, kwota limitu, o której mowa w ust. 1, ulega obniżeniu o kwotę różnicy między przychodami

planowanymi a zrealizowanymi, jednak nie więcej niż o kwotę rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 5.

4. Wypłat zawieszonych na podstawie ust. 1 dokonuje się do dnia 31 stycznia roku następnego, w ramach limitu, o którym mowa w ust. 1.

5. Świadczeniobiorcy nie przysługują odsetki z tytułu zawieszenia wypłaty kwoty należnej z tytułu zwrotu kosztów, o którym mowa w ust. 1.

Art. 42i. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanej dalej „wnioskodawcą", na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania, instytucji miejsca pobytu albo instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, zwanych dalej „podmiotem uprawnionym", w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wydać wnioskodawcy, który uzyskał zgodę, o której mowa w ust. 1, na wniosek podmiotu uprawnionego, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu:

1) do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub EFTA – najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia;
2) do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju – najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.

3. Zgody, o których mowa w ust. 1 i 2, wydaje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;

2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę;
3) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji posiadających miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
4) osób, o których mowa w art. 12a – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania tych osób na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
1) w części wypełnianej przez wnioskodawcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę:
   a) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL wnioskodawcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
   b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji wnioskodawcy,
   c) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,

d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,

e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli posiada,

f) wskazanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, działającego w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, w którym mają zostać udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem,

g) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;

2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 4:

a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,

b) pieczątkę, nadruk albo naklejkę zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza wypełniającego wniosek,

c) pieczątkę, nadruk albo naklejkę zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,

d) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,

e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,

f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,

g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,

h) określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek,

i) uzasadnienie wniosku,

j) spis załączników do wniosku.

6. Do dokumentacji medycznej dołączanej do wniosku, o którym mowa w ust. 1, przepis art. 42f ust. 5 pkt 1 stosuje się odpowiednio.

7. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, oprócz elementów wymienionych w ust. 5 zawiera wskazanie przez lekarza wypełniającego wniosek proponowanego środka transportu, wraz z uzasadnieniem.

8. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, oprócz elementów wymienionych w ust. 5 pkt 1 zawiera:

1) nazwę i adres podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, w którym przebywa wnioskodawca;

2) wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia.

9. W przypadku gdy wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, korzystając ze świadczeń udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje, na wniosek podmiotu uprawnionego, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju – najtańszym środkiem transportu możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy, gdy przewidywane koszty dalszego leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.

10. Do wniosku, o którym mowa w ust. 9, przepisy ust. 8 stosuje się odpowiednio.

11. Do wniosku, o którym mowa w ust. 9, dołącza się:

1) dokumentację sporządzoną przez szpital, o którym mowa w ust. 9, zawierającą aktualne rozpoznanie kliniczne, opis aktualnego stanu zdrowia wnioskodawcy, określenie prawdopodobnego zakresu i czasu trwania dalszego leczenia oraz wskazanie środka transportu możliwego do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy;

2) wstępny kosztorys dalszego leczenia sporządzony przez szpital, o którym mowa w ust. 9;

3) tłumaczenie na język polski dokumentów, o których mowa w pkt 1 i 2; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

12. Od decyzji odmawiających wydania zgód, o których mowa w ust. 1, 2 i 9, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu.

Art. 42j. 1. Prezes Funduszu może na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, w drodze decyzji administracyjnej, skierować wnioskodawcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.

2. W przypadkach określonych w ust. 1 Prezes Funduszu może, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, w drodze decyzji administracyjnej, wydać zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń za granicą lub miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.

3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych oraz tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

1) w części wypełnianej przez wnioskodawcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę:
   a) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL wnioskodawcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
   b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji wnioskodawcy,

c) imię i nazwisko, datę urodzenia, numer PESEL przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,

d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,

e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli posiada,

f) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;

2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 3:

a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,

b) pieczątkę, nadruk albo naklejkę zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza wypełniającego wniosek oraz tytuł lub stopień naukowy,

c) pieczątkę, nadruk albo naklejkę zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,

d) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,

e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,

f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,

g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,

h) wskazanie zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym mają zostać udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek, wraz z uzasadnieniem,

i) uzasadnienie wniosku,

j) spis załączników do wniosku.

5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, przepisy art. 42i ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio.

6. Podstawą rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, jest dokumentacja medyczna. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

7. Decyzje w sprawach, o których mowa w ust. 1 i 2, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

8. Koszty wynikające z ust. 1 i 2 są finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 42k. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych wiedzę i praktykę medyczną oraz kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisów o koordynacji.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) tryb składania i rozpatrywania wniosków, o których mowa w art. 42f ust. 1, art. 42i ust. 1, 2 i 9 oraz art. 42j ust. 1 i 2, oraz wzory tych wniosków,

2) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w art. 42i ust. 2 i 9 oraz art. 42j ust. 1 i 2

– mając na względzie zapewnienie sprawności postępowania oraz celowość wydatkowania środków publicznych.

Rozdział 3

Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 43. 1. Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu finansowania, o którym mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji, zaopatrzenie w leki objęte wykazem:

1) o którym mowa w art. 37 ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. a tej ustawy,
2) leków, które świadczeniobiorca posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów

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

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

3. Osoba realizująca receptę odnotowuje numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1:

1) na rewersie recepty, w przypadku recepty w postaci papierowej;
2) w dokumencie elektronicznym powiązanym z receptą w postaci elektronicznej.

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

Art. 43a. 1. Świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia

żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, ustalonym w sposób określony w ust. 2, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza lub pielęgniarkę udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu oraz krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa.

Dodane ust. 1a i 1b w art. 43a wejdą w życie z dn. 1.07.2020 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590).

<1a. Bezpłatne zaopatrzenie, o którym mowa w ust. 1, przysługuje również na podstawie recepty wystawionej w postaci elektronicznej przez:

1) lekarza lub pielęgniarkę udzielających świadczeń opieki zdrowotnej:
   a) w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub
   b) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach umowy, o której mowa w art. 159a;

2) lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej:
   a) w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego lub
   b) z zakresu leczenia szpitalnego w ramach umowy, o której mowa w art. 159a

– w związku z zakończeniem leczenia szpitalnego.

1b. Osoby uprawnione do wystawiania recept na podstawie ust. 1 i 1a, przed wystawieniem recepty są obowiązane do dokonywania za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, weryfikacji ilości oraz rodzaju przepisanych świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1, leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, pod względem bezpieczeństwa oraz konieczności ich stosowania, biorąc pod uwagę recepty wystawione oraz zrealizowane dla tego świadczeniobiorcy.>

2. Minister właściwy do spraw zdrowia wskazuje spośród leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych określonych w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, leki,

środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, które są wydawane bezpłatnie świadczeniobiorcom, o których mowa w ust. 1, mając na uwadze:

1) zaspokojenie potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 1;
2) dostępność i bezpieczeństwo stosowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
3) roczny limit wydatków przewidziany na ten cel w ustawie budżetowej na dany rok;
4) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w porównaniu do stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych objętych tym wykazem.

3. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, o których mowa w ust. 1, są finansowane z budżetu państwa w części stanowiącej odpłatność świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 6 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy o refundacji, obejmującej kwotę do wysokości limitu finansowania oraz dopłatę w wysokości różnicy między ceną detaliczną danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego a wysokością limitu finansowania.

4. Przepisy ust. 3 nie naruszają obowiązków Funduszu w zakresie wysokości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z uprawnień, o których mowa w art. 43 i art. 44–46 oraz art. 7a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2017 r. poz. 2119), w przypadku, o którym mowa w art. 44a ust. 2 ustawy o refundacji.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 1, mając na celu zapewnienie gospodarności i rzetelności wydatkowania środków publicznych oraz skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 44. 1. Osobom, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2, przysługuje bezpłatne, do wysokości limitu finansowania, o którym mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji, zaopatrzenie w leki objęte wykazem, o którym mowa w art. 37 ust. 1

ustawy o refundacji, w zakresie kategorii, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o refundacji, oraz leki recepturowe.

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

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

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

2. Osobom, o którym mowa w ust. 1, 1a i 1c, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, 1a i 1c, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

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

5. Osoba realizująca receptę jest obowiązana do odnotowania numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1, 1a i 1c:

1) na rewersie recepty, w przypadku recepty w postaci papierowej;
2) w dokumencie elektronicznym powiązanym z receptą w postaci elektronicznej.

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

Art. 45. 1. Osobom:

1) które są inwalidami wojskowymi,

2) które doznały uszczerbku na zdrowiu w okolicznościach określonych w art. 7 i art. 8 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin i nie zostały zaliczone do żadnej z grup inwalidów,
3) wymienionym w art. 42 i art. 59 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin

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

2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

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

4. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

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

5a. Osoba realizująca receptę odnotowuje numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1:
1) na rewersie recepty, w przypadku recepty w postaci papierowej;
2) w dokumencie elektronicznym powiązanym z receptą w postaci elektronicznej.

6. (uchylony)

Art. 46. 1. Osobom będącym:
1) inwalidami wojennymi,
2) osobami represjonowanymi,
3) małżonkami osób, o których mowa w pkt 1 i 2, pozostającymi na ich wyłącznym utrzymaniu,
4) uprawnionymi do renty rodzinnej wdowami albo wdowcami po:
   a) poległych żołnierzach,
   b) zmarłych inwalidach wojennych,
   c) osobach represjonowanych,
5) żołnierzami zastępczej służby wojskowej, o których mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo

zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1373 oraz z 2019 r. poz. 752), którzy otrzymali jednorazowe odszkodowanie w związku z przymusowym zatrudnieniem w zakładach pozyskiwania i wzbogacania rud uranowych, określone w art. 5a ust. 1 tej ustawy,

6) innymi, niż określeni w pkt 5, żołnierzami zastępczej służby wojskowej, o których mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 2 września 1994 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących żołnierzom zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnianym w kopalniach węgla, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych, w odniesieniu do których orzeczone zostało inwalidztwo będące następstwem przymusowego zatrudnienia, w miejscach wymienionych w art. 1 ust. 1 tej ustawy,

7) cywilnymi niewidomymi ofiarami działań wojennych

– przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na recepcie numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

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

4a. Dokumentem, o którym mowa w ust. 4, potwierdzającym posiadanie uprawnień przez żołnierzy zastępczej służby wojskowej, o których mowa w ust. 1 pkt 5 i 6, jest zaświadczenie wydawane na wniosek osoby uprawnionej przez Szefa Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.

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

6. Osoba realizująca receptę odnotowuje numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1:

1) na rewersie recepty, w przypadku recepty w postaci papierowej;

2) w dokumencie elektronicznym powiązanym z receptą w postaci elektronicznej.

Art. 47. 1. Inwalidom wojennym i wojskowym, cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych oraz osobom represjonowanym przysługuje prawo do bezpłatnych

wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

1a. Świadczeniobiorcom do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, na podstawie zaświadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii, pediatrii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej lub chirurgii dziecięcej, przysługuje prawo do wyrobów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w tych przepisach, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. O ilości miesięcznego zaopatrzenia w te wyroby decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

1b. Prawo do wyrobów medycznych, na zasadach, o których mowa w ust. 1a, przysługuje również świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie:

1) o znacznym stopniu niepełnosprawności;
2) o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji.

2. Uprawnionemu żołnierzowi lub pracownikowi, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

2a. Weteranowi poszkodowanemu w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa, przysługuje prawo do bezpłatnych wyrobów medycznych na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków

publicznych określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

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

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

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

2e. Osoby, o których mowa w ust. 1–2a są obowiązane do okazania wystawiającemu zlecenie dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

2f. Wystawiający zlecenie jest obowiązany wpisać na zleceniu rodzaj, numer, datę wydania i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1–2a.

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

Art. 47a. 1. Świadczeniobiorca będący żywym dawcą narządu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzanych przez podmiot leczniczy, który

dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat.

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

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

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

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

2. Prezes Rady Ministrów, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych, każdy w swoim zakresie, określą, w drodze rozporządzenia, podmioty uprawnione do wydawania dokumentów, o których mowa w ust. 1 i 1a, wzory tych dokumentów, tryb ich wydawania, wymiany lub zwrotu, a także dane zawarte w tych dokumentach, mając na względzie realizację uprawnień wynikających z ustawy oraz kierując się koniecznością zapewnienia sprawności postępowania przy wydawaniu dokumentów potwierdzających uprawnienia.

Art. 47c. 1. Kobiety w ciąży, świadczeniobiorcy, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b, osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1, inwalidzi wojenni i wojskowi, żołnierze zastępczej służby wojskowej, cywilne niewidome ofiary działań wojennych, kombatanci, działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych oraz osoby deportowane do pracy przymusowej mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.

2. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 2.

3. Świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1 i 2, w dniu zgłoszenia.

4. W przypadku gdy udzielenie świadczenia nie jest możliwe w dniu zgłoszenia, świadczeniodawca wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia.

5. W miejscach rejestracji pacjentów do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w miejscach udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz w aptekach, odpowiednio świadczeniodawca albo kierownik apteki uwidacznia pisemną informację o uprawnieniach określonych w ust. 1–4.

6. Przepisy ust. 2–4 stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza kolejnością na podstawie art. 24a–24c.

Dodany art. 47ca wejdzie w życie z dn. 12.09.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1078).

<Art. 47ca. W gabinecie dentystycznym w szkole oraz w gabinecie dentystycznym prowadzonym przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym organ prowadzący szkołę zawarł porozumienie, o którym mowa w art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078), uczniowie tej szkoły korzystają ze świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego poza kolejnością.>

Rozdział 3a

Ratunkowy dostęp do technologii lekowych

Art. 47d. 1. W przypadku uzasadnionej i wynikającej ze wskazań aktualnej wiedzy medycznej potrzeby zastosowania u świadczeniobiorcy leku, który nie jest finansowany ze środków publicznych w danym wskazaniu, jeżeli jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia świadczeniobiorcy we wskazaniu występującym u jednostkowych pacjentów, a zostały już wyczerpane u danego świadczeniobiorcy wszystkie możliwe do zastosowania w tym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia może wydać, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów tego leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia może wydać kolejną zgodę na pokrycie kosztów leku w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej na potrzeby tego samego świadczeniobiorcy jako kontynuację leczenia, pod warunkiem potwierdzenia

przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy skuteczności leczenia świadczeniobiorcy lekiem, którego dotyczyła pierwsza zgoda.

3. Zgoda, o której mowa w ust. 1 lub 2, jest wydawana na okres terapii nie dłuższy niż 3 miesiące albo trzy cykle leczenia.

4. Zgoda, o której mowa w ust. 1 lub 2, jest wydawana wyłącznie dla leku, który jest dopuszczony do obrotu zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne lub pozostaje w obrocie na podstawie art. 29 ust. 5 lub 6 tej ustawy oraz jest dostępny na rynku.

5. Decyzji administracyjnej w sprawie wydania zgody, o której mowa w ust. 1 lub 2, nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

6. Kopię decyzji, o której mowa w ust. 1 lub 2, minister właściwy do spraw zdrowia przesyła właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu.

7. Wydając decyzję administracyjną w sprawie wydania zgody, o której mowa w ust. 1 lub 2, minister właściwy do spraw zdrowia bierze pod uwagę opinię Agencji, o której mowa w art. 47f ust. 1 lub 2, wydaną dla danego leku w danym wskazaniu.

Art. 47e. 1. Zgoda, o której mowa w art. 47d ust. 1 lub 2, jest wydawana na wniosek świadczeniodawcy posiadającego w dniu złożenia wniosku, zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 3, który zawiera:

1) oznaczenie świadczeniodawcy składającego wniosek, z podaniem nazwy (firmy), adresu albo siedziby, numeru NIP lub REGON;
2) miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy;
3) imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy;
4) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
5) numer PESEL świadczeniobiorcy, a jeżeli nie posiada numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż świadczeniobiorca, a w przypadku nieposiadania numeru

PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość wraz z adnotacją o zamieszczeniu danych osoby innej niż świadczeniobiorca;

6) informację, czy wniosek jest składany po raz pierwszy, czy dotyczy kontynuacji leczenia, o której mowa w art. 47d ust. 2;

7) wskazanie choroby lub problemu zdrowotnego i ich oznaczenie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz opis stanu klinicznego świadczeniobiorcy;

8) nazwę leku i nazwę powszechnie stosowaną leku oraz jego postać farmaceutyczną, moc, ilość i sposób dawkowania oraz numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu;

9) planowany okres terapii lub liczbę cykli leczenia;

10) opis przebiegu dotychczasowego leczenia wraz z podaniem stosowanych leków, ich mocy, sposobu dawkowania i określeniem czasu ich stosowania oraz jego efektów, wskazujących jednoznacznie, że zostały wyczerpane wszystkie możliwe do zastosowania w danym wskazaniu dostępne technologie medyczne finansowane ze środków publicznych lub brak jest możliwości ich zastosowania;

11) potwierdzenie skuteczności leczenia w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej – w przypadku kontynuacji leczenia;

12) wskazanie wartości netto wnioskowanej terapii albo cykli leczenia, wraz z jej uzasadnieniem;

13) określenie okresu wnioskowanej terapii albo liczby cykli leczenia, jednak w wymiarze nie dłuższym niż trzymiesięczna terapia albo trzy cykle leczenia;

14) datę sporządzenia wniosku oraz podpis osoby uprawnionej do reprezentowania świadczeniodawcy i lekarza, o którym mowa w pkt 3.

2. Do wniosku dołącza się opinię konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny odpowiedniej ze względu na chorobę lub problem zdrowotny świadczeniobiorcy, która zawiera ocenę zasadności zastosowania produktu leczniczego, którego dotyczy wniosek, o którym mowa w ust. 1, u danego świadczeniobiorcy.

3. Wniosek wraz z opinią, o której mowa w ust. 2, składa się w postaci papierowej lub elektronicznej.

4. Wniosek rozpatruje się w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania kompletnego wniosku, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 47f ust. 1 lub

2, kiedy termin na rozpatrzenie wniosku biegnie od dnia otrzymania przez ministra właściwego do spraw zdrowia opinii sporządzonej przez Agencję.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór oraz format wniosku o wydanie zgody, o której mowa w art. 47d ust. 1 lub 2, mając na względzie zapewnienie sprawności postępowania oraz bezpieczeństwo przekazywanych informacji.

Art. 47f. 1. W przypadku gdy koszt wnioskowanej terapii w ujęciu kwartalnym lub trzech cykli leczenia przekracza jedną czwartą średniej wartości produktu krajowego brutto na jednego mieszkańca, o której mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz. U. poz. 1188 oraz z 2009 r. poz. 817), i jest to pierwszy wniosek dla danego leku w danym wskazaniu, minister właściwy do spraw zdrowia zleca Agencji sporządzenie opinii w sprawie zasadności finansowania ze środków publicznych leku w danym wskazaniu.

2. W przypadku gdy koszt wnioskowanej terapii w ujęciu kwartalnym lub trzech cykli leczenia nie przekracza jednej czwartej średniej wartości produktu krajowego brutto na jednego mieszkańca, o której mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, i uprzednio została wydana co najmniej jedna zgoda, o której mowa w art. 47d ust. 1, w sprawie wniosku dotyczącego innego świadczeniobiorcy dla tego samego leku w tym samym wskazaniu, minister właściwy do spraw zdrowia zleca Agencji sporządzenie opinii, o której mowa w ust. 1, jeżeli nie została ona wcześniej wydana dla danego leku w danym wskazaniu dla innego świadczeniobiorcy.

3. Agencja sporządza opinię, o której mowa w ust. 1 lub 2, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zlecenia ministra właściwego do spraw zdrowia, kierując się kryteriami, o których mowa w art. 12 pkt 3–6 oraz pkt 8–10 ustawy o refundacji. Opinia może zawierać określenie maksymalnego poziomu kosztu terapii lub ceny leku, po przekroczeniu którego nie jest zasadne finansowanie tego leku ze środków publicznych.

4. W przypadku gdy z opinii Agencji, o której mowa w ust. 1 albo 2, wynika, że jest zasadne finansowanie ze środków publicznych leku, który nie jest finansowany ze środków publicznych w danym wskazaniu, jeżeli jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia świadczeniobiorców, minister właściwy do spraw zdrowia wzywa podmiot odpowiedzialny w rozumieniu art. 2 pkt 24 ustawy z dnia 6 września 2001 r.

– Prawo farmaceutyczne lub przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego w rozumieniu art. 2 pkt 35a tej ustawy do złożenia wniosku, o którym mowa w art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o refundacji, dla leku w tym wskazaniu, w terminie 90 dni od dnia doręczenia wezwania.

5. Informację o wezwaniu, o którym mowa w ust. 4, zawierającą nazwę (firmę) podmiotu odpowiedzialnego lub przedstawiciela podmiotu odpowiedzialnego, nazwę leku oraz wskazanie, w jakim miałby być refundowany, udostępnia się na stronie internetowej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia.

6. Do czasu upływu terminu złożenia wniosku, o którym mowa w art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o refundacji, lub do czasu wydania decyzji, o której mowa w ust. 7 pkt 4, minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje wpływające wnioski, o których mowa w art. 47e ust. 1.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia odmawia wydania zgody, o której mowa w art. 47d ust. 1, w odniesieniu do leku w danym wskazaniu, w przypadku gdy:

1) z opinii Agencji, o której mowa w ust. 1 albo 2, wynika, że nie jest zasadne finansowanie ze środków publicznych danej substancji czynnej w tym wskazaniu;
2) podmiot odpowiedzialny nie złożył wniosku w terminie określonym w ust. 4;
3) została wydana rekomendacja, o której mowa w art. 35 ust. 6 pkt 2 ustawy o refundacji w odniesieniu do danej substancji czynnej w tym wskazaniu;
4) została wydana decyzja o odmowie objęcia refundacją i ustalenia urzędowej ceny zbytu, o której mowa w art. 11 ustawy o refundacji, w odniesieniu do danej substancji czynnej w tym wskazaniu.

Art. 47g. 1. Decyzja administracyjna w sprawie wydania zgody, o której mowa w art. 47d ust. 1 i 2, zawiera:

1) datę wydania;
2) okres, na jaki została wydana zgoda na pokrycie kosztów leku;
3) oznaczenie świadczeniodawcy z podaniem jego nazwy (firmy) i adresu albo siedziby;
4) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
5) numer PESEL świadczeniobiorcy, a jeżeli nie posiada numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; w przypadku dziecka

nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż świadczeniobiorca, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość wraz z adnotacją o zamieszczeniu danych osoby innej niż świadczeniobiorca;

6) informację, czy zgoda została wydana w ramach kontynuacji leczenia;

7) wskazanie choroby lub problemu zdrowotnego i ich oznaczenie według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;

8) nazwę leku i nazwę powszechnie stosowaną leku oraz jego postać farmaceutyczną, moc i ilość;

9) maksymalną kwotę, jaka może być przeznaczona na pokrycie ceny leku.

2. Odmowa wydania zgody, o której mowa w art. 47d ust. 1 i 2, zawiera w szczególności dane określone w ust. 1 pkt 1, 3–5, 7 i 8 oraz uzasadnienie.

Art. 47h. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi ewidencję wniosków, o których mowa w art. 47e, oraz ewidencję decyzji administracyjnych w sprawie wydania zgód, o których mowa w art. 47d ust. 1 i 2, zwaną dalej „ewidencją”.

2. Ewidencja zawiera w odniesieniu do:

1) wniosków, o których mowa w art. 47e – dane, o których mowa w art. 47e ust. 1;

2) decyzji administracyjnych w sprawie wydania zgód, o których mowa w art. 47d ust. 1 i 2:

   a) dane, o których mowa w art. 47g ust. 1 pkt 1–8,

   b) maksymalną kwotę, o której mowa w art. 47g ust. 1 pkt 9, a w przypadku kontynuacji leczenia – sumaryczne zestawienie kosztów leku obejmujące wszystkie wydane zgody,

   c) datę przekazania do Agencji zlecenia sporządzenia opinii, o której mowa w art. 47f ust. 1 lub 2, datę sporządzenia tej opinii przez Agencję oraz stanowisko Agencji w niej wyrażone.

3. Administratorem danych zawartych w ewidencji jest minister właściwy do spraw zdrowia.

4. Ewidencja jest prowadzona w systemie teleinformatycznym.

5. Administratorem systemu teleinformatycznego ewidencji jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, której zadaniem jest dostarczenie oraz utrzymanie systemu teleinformatycznego ewidencji, zarządzanie nim oraz zapewnienie bezpieczeństwa i integralności danych.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przetwarzania danych zawartych w ewidencji w celu realizacji zadań, o których mowa w tym rozdziale.

Art. 47i. 1. Koszt leku jest pokrywany przez Fundusz w wysokości wynikającej z rachunku lub faktury dokumentującej zakup leku, ale nie wyższej niż kwota określona w decyzji administracyjnej w sprawie wydania zgody, o której mowa w art. 47d ust. 1 albo 2. Kopię rachunku lub faktury świadczeniodawca przekazuje dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2.

2. W przypadku gdy zgoda, o której mowa w art. 47d ust. 1 albo 2, dotyczy leku, w odniesieniu do którego została wydana decyzja o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu, o której mowa w art. 11 ustawy o refundacji, kwota określona w decyzji administracyjnej w sprawie wydania tej zgody nie może być wyższa niż wynikająca z zastosowania do obliczeń ceny hurtowej brutto tego leku wraz z instrumentem dzielenia ryzyka, jeżeli został zawarty.

Rozdział 4

Programy zdrowotne, programy polityki zdrowotnej i programy pilotażowe

Art. 48. 1. Programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować Fundusz, a programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. Fundusz realizuje programy polityki zdrowotnej zlecone przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Programy lekowe, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15, opracowuje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, realizuje, finansuje, monitoruje, nadzoruje i kontroluje Fundusz, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej. Do tych programów stosuje się przepisy ust. 3 i 5 oraz art. 48b ust. 5 i 6.

3. Programy, o których mowa w ust. 1, dotyczą w szczególności:

1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;

2) innych niż określone w pkt 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów;
3) wdrożenia nowych procedur medycznych lub przedsięwzięć profilaktycznych skierowanych do zdefiniowanej populacji docelowej o określonej chorobie lub o określonym problemie zdrowotnym.

4. Programy polityki zdrowotnej opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego, w przypadku gdy dotyczą świadczeń gwarantowanych objętych programami, o których mowa w ust. 1, realizowanymi przez ministrów oraz Fundusz, muszą być z nimi spójne merytorycznie i organizacyjnie.

5. Programy, o których mowa w ust. 1, mogą być realizowane w okresie jednego roku albo wielu lat.

Art. 48a. 1. Minister oraz jednostka samorządu terytorialnego opracowują projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6, oraz dostępnych danych epidemiologicznych.

2. Program polityki zdrowotnej określa:
1) nazwę programu polityki zdrowotnej;
2) okres realizacji programu polityki zdrowotnej;
3) podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej;
4) podstawę prawną opracowania programu polityki zdrowotnej;
5) opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej wraz z danymi epidemiologicznymi i opisem obecnego postępowania;
6) wskazanie rekomendacji, o której mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6, której zalecenia uwzględnia program polityki zdrowotnej;
7) cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji;
8) charakterystykę populacji docelowej, w tym kryteria kwalifikacji do udziału w programie i kryteria wyłączenia, oraz charakterystykę interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej, w tym sposób udzielania świadczeń w ramach programu, a także wskazanie, czy i w jaki sposób interwencje te są zgodne z przepisami dotyczącymi świadczeń gwarantowanych oraz czy są zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;

9) organizację programu polityki zdrowotnej, w szczególności etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów, oraz warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych;
10) sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej;
11) budżet programu polityki zdrowotnej, w tym koszty jednostkowe i całkowite oraz źródła finansowania programu polityki zdrowotnej.

3. Projekt programu polityki zdrowotnej jest opracowywany według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16.

4. Projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji w celu wydania przez Prezesa Agencji opinii w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej.

5. Przepisu ust. 4 nie stosuje się do:
1) projektu programu polityki zdrowotnej:
   a) będącego kontynuacją w niezmienionej formie programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie, dla którego Prezes Agencji wydał pozytywną albo warunkowo pozytywną opinię,
   b) dotyczącego choroby lub problemu zdrowotnego, dla których zostały wydane rekomendacje, o których mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6, i program został opracowany zgodnie z tymi rekomendacjami;
2) aktualizacji treści programu polityki zdrowotnej opracowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jeżeli nie powodują one zmiany celów głównych i celów szczegółowych programu polityki zdrowotnej, w szczególności dotyczących:
   a) przesunięcia w czasie realizacji zaplanowanych działań,
   b) zmiany zakresu zaplanowanych działań uwarunkowanej poziomem finansowania programu polityki zdrowotnej,
   c) konieczności weryfikacji mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

6. Jeżeli projekt programu polityki zdrowotnej nie został opracowany według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16, Prezes Agencji wzywa podmiot, który opracował projekt, do jego poprawienia.

7. Prezes Agencji sporządza opinię, o której mowa w ust. 4, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu programu polityki zdrowotnej albo

poprawionego projektu programu. Opinię sporządza się na podstawie kryteriów, o których mowa w:

1) art. 31a ust. 1 – w przypadku projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego przez ministra;
2) art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 – w przypadku projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego przez jednostkę samorządu terytorialnego.

8. W celu sporządzenia opinii, o której mowa w ust. 4:

1) Agencja sporządza raport w sprawie oceny projektu programu polityki zdrowotnej na podstawie kryteriów, o których mowa w:
   a) art. 31a ust. 1 – w przypadku projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego przez ministra,
   b) art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 – w przypadku projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego przez jednostkę samorządu terytorialnego;
2) Prezes Agencji przekazuje raport, o którym mowa w pkt 1, Radzie Przejrzystości;
3) Rada Przejrzystości na podstawie raportu, o którym mowa w pkt 1, przedstawia opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej, którą przekazuje Prezesowi Agencji.

9. Przed sporządzeniem raportu, o którym mowa w ust. 8 pkt 1, Prezes Agencji może zasięgnąć opinii konsultantów w ochronie zdrowia lub innych ekspertów z poszczególnych dziedzin medycyny, w szczególności odpowiednich dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

10. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje opinię, o której mowa w ust. 4, podmiotowi, który opracował projekt programu polityki zdrowotnej.

11. Rozpoczęcie wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii, o której mowa w ust. 4, albo po przesłaniu do Agencji oświadczenia, o którym mowa w art. 48aa ust. 11.

12. Podmiot, który otrzymał warunkowo pozytywną opinię, o której mowa w ust. 4, jest obowiązany do wprowadzenia w projekcie programu polityki zdrowotnej zmian zgodnych z tą opinią przed rozpoczęciem wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej.

13. Po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej minister oraz jednostka samorządu terytorialnego sporządzają raport końcowy z realizacji programu według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16.

14. Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej określa:

1) nazwę programu polityki zdrowotnej;
2) przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji oraz okres jego faktycznej realizacji;
3) opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej;
4) charakterystykę interwencji zrealizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej;
5) wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej;
6) koszty realizacji programu polityki zdrowotnej;
7) informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej, oraz o podjętych w związku z nimi działaniach modyfikujących.

15. Raport, o którym mowa w ust. 13, sporządza się w terminie 3 miesięcy od dnia zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej i niezwłocznie przekazuje do Agencji oraz udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej podmiotu, o którym mowa w ust. 1.

16. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór programu polityki zdrowotnej oraz wzór raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, wraz z opisem sposobu sporządzenia projektu programu oraz raportu, biorąc pod uwagę zapewnienie jednolitości tworzenia programów polityki zdrowotnej i konieczność przedstawienia wyników ich realizacji.

17. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” przyjętego na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2019 r. poz. 473).

18. Do programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 17, nie stosuje się przepisów ust. 1–16.

Art. 48aa. 1. Agencja, z własnej inicjatywy lub z inicjatywy ministra właściwego do spraw zdrowia, dokonuje okresowej weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów polityki zdrowotnej i na podstawie tej weryfikacji przygotowuje raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

2. Raport, o którym mowa w ust. 1, jest przygotowywany na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 31a ust. 1, oraz po zasięgnięciu opinii konsultantów w ochronie zdrowia lub innych ekspertów z poszczególnych dziedzin medycyny, w szczególności odpowiednich dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

3. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje raport, o którym mowa w ust. 1, Radzie Przejrzystości.

4. Rada Przejrzystości na podstawie raportu, o którym mowa w ust. 1, wydaje opinię w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

5. Prezes Agencji, biorąc pod uwagę opinię, o której mowa w ust. 4, wydaje rekomendację w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić Prezesowi Agencji opracowanie i wydanie rekomendacji, o której mowa w ust. 5, dotyczącej danej choroby lub danego problemu zdrowotnego. Prezes Agencji wydaje rekomendację w terminie 4 miesięcy od dnia otrzymania zlecenia. Przepisy ust. 3–5 stosuje się odpowiednio.

7. Rekomendacje, o których mowa w ust. 5 i 6, zawierają:

1) opis choroby lub problemu zdrowotnego uwzględniający epidemiologię;
2) rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania przeprowadzane w ramach programów polityki zdrowotnej skierowane do określonej populacji docelowej oraz warunki realizacji programów polityki zdrowotnej, dotyczące danej choroby lub danego problemu zdrowotnego;
3) wskazanie dowodów naukowych;
4) wskazanie opcjonalnych technologii medycznych i aktualnego stanu ich finansowania ze środków publicznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
5) określenie wskaźników służących do monitorowania i ewaluacji.

8. Rekomendacje, o których mowa w ust. 5 i 6, podlegają aktualizacji nie rzadziej niż co 5 lat.

9. Agencja tworzy repozytorium programów polityki zdrowotnej, które udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji oraz na swojej stronie internetowej. W repozytorium programów polityki zdrowotnej publikuje się:

1) raporty, o których mowa w ust. 1;
2) opinie, o których mowa w ust. 4;
3) rekomendacje, o których mowa w ust. 5 i 6.

10. Od dnia udostępnienia w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji rekomendacji, o której mowa w ust. 5 lub 6, minister oraz jednostka samorządu terytorialnego uwzględniają zawarte w niej zalecenia w planowanych programach polityki zdrowotnej.

11. Podmiot, który opracował projekt programu polityki zdrowotnej uwzględniający rekomendację, o której mowa w ust. 5 lub 6, przed rozpoczęciem wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej, przesyła do Agencji oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z tą rekomendacją.

Art. 48ab. 1. W przypadku braku możliwości finansowania lub ograniczenia środków finansowych na realizację programu polityki zdrowotnej podmiot, który go opracował, wdrożył, realizuje i finansuje, może zawiesić, w całości lub w części, realizację i finansowanie tego programu, jednak nie dłużej niż na okres 2 lat. Realizację i finansowanie programu polityki zdrowotnej wznawia się po ustaniu przyczyny zawieszenia jego realizacji.

2. W przypadku wznowienia realizacji programu polityki zdrowotnej w niezmienionej formie nie podlega on przekazaniu do Agencji w celu wydania opinii przez Prezesa Agencji, o której mowa w art. 48a ust. 4.

3. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1, realizację programu uważa się za zakończoną. Przepisy art. 48a ust. 13–15 stosuje się odpowiednio.

4. W przypadku wystąpienia okoliczności wskazujących na niecelowość kontynuowania realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej podmiot, który opracował, wdrożył, realizuje i finansuje ten program, jest obowiązany do zakończenia jego realizacji i finansowania. Decyzję o zakończeniu realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej poprzedza się analizą możliwości wcześniejszego zakończenia realizacji i finansowania tego programu w odniesieniu do zakładanych celów programu. W analizie określa się termin zakończenia realizacji i finansowania programu. Przepisy art. 48a ust. 13–15 stosuje się odpowiednio.

Art. 48b. 1. W przypadku programów polityki zdrowotnej wyboru realizatora tego programu dokonuje się w drodze konkursu ofert.

1a. W przypadku programów polityki zdrowotnej opracowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia wybór realizatora programu może nastąpić bez przeprowadzania konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, jeżeli zachodzi co najmniej jedna z następujących okoliczności:

1) program polityki zdrowotnej może być realizowany tylko przez ograniczoną liczbę realizatorów z przyczyn o obiektywnym charakterze i nie jest to wynikiem celowego zawężenia kryteriów lub warunków realizacji programu oraz nie istnieje rozsądne rozwiązanie alternatywne lub rozwiązanie zastępcze;
2) konieczna jest natychmiastowa realizacja programu polityki zdrowotnej ze względu na wyjątkową sytuację niewynikającą z przyczyn leżących po stronie ministra właściwego do spraw zdrowia, której nie mógł on przewidzieć, a nie można zachować terminów określonych dla przeprowadzenia konkursu ofert;
3) w przeprowadzonym uprzednio konkursie ofert nie wpłynęła żadna oferta lub wpłynęła oferta, która ze względu na braki lub niespełnienie wymagań określonych w ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 2, nie podlegała ocenie, a nie można zachować terminów określonych dla przeprowadzenia kolejnego konkursu ofert.

1b. Powierzenie realizacji programu polityki zdrowotnej realizatorowi innemu niż wybrany w drodze konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, następuje na podstawie upoważnienia, w którym minister właściwy do spraw zdrowia określa zakres powierzanych zadań oraz okres ich realizacji. Niezależnie od upoważnienia minister właściwy do spraw zdrowia może zawrzeć z realizatorem programu polityki zdrowotnej umowę określającą warunki realizacji powierzonych zadań, z wyłączeniem programów polityki zdrowotnej zleconych Funduszowi.

2. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 1, minister albo jednostka samorządu terytorialnego ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.

3. W ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 2, określa się w szczególności:

1) przedmiot konkursu ofert;
2) wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej;

3) termin i miejsce składania ofert.

4. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu polityki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.

5. Fundusz dokonuje wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawiera z nim umowę na zasadach i w trybie określonych dla umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Do wyboru realizatorów programów, o których mowa w ust. 1 i 1a, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych oraz przepisów o prowadzeniu działalności pożytku publicznego na podstawie zlecenia realizacji zadań publicznych, o których mowa w rozdziale 2 działu II ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

Art. 48c. 1. Jednostka samorządu terytorialnego, w ramach realizacji zadań własnych, może dofinansowywać programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 48 ust. 1, inne niż realizowane przez tę jednostkę, polegające na profilaktyce chorób.

2. Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 1, polega na udzieleniu realizatorowi programu wybranemu w trybie określonym w art. 48b dotacji celowej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Art. 48d. 1. Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, w kwocie nieprzekraczającej:

1) 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.;
2) 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego innej niż wymieniona w pkt 1.

2. W celu uzyskania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego składa wniosek do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Do wniosku dołącza się pozytywną opinię Agencji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2, oraz pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c, oraz zgodności z celami

operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1492 oraz z 2019 r. poz. 447).

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje oceny wniosku oraz załączonych dokumentów oraz podejmuje decyzję o dofinansowaniu programu, którego wniosek dotyczy, uwzględniając wpływ planowanych działań na poprawę stanu zdrowia populacji objętej programem oraz możliwości finansowe oddziału wojewódzkiego Funduszu.

4. Przekazanie środków w ramach dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu z organem wykonawczym jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka samorządu terytorialnego zwraca oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu środki niewykorzystane lub wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, tryb składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie, o których mowa w ust. 2, oraz tryb rozliczania przekazanych środków i zwrotu, o którym mowa w ust. 4, uwzględniając konieczność równego traktowania jednostek samorządu terytorialnego składających wnioski oraz efektywne rozliczanie tych środków.

Art. 48e. 1. Program pilotażowy opracowuje, ustala, nadzoruje i kontroluje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, finansuje, monitoruje i ewaluuje Fundusz.

2. Program pilotażowy może być finansowany z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

3. W programie pilotażowym określa się:

1) cel programu pilotażowego;
2) okres realizacji programu pilotażowego;
3) zakres i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy program pilotażowy;
4) w przypadkach wynikających z celu programu pilotażowego – populację zamieszkującą określony obszar terytorialny objętą programem pilotażowym;
5) warunki organizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną;

6) sposób rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wysokość kapitacyjnej stawki rocznej, ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej lub ryczałtu, w tym ryczałtu na populację objętą programem pilotażowym;
7) sposób wyboru świadczeniodawcy przez świadczeniobiorcę, z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania i prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia, lub sposób objęcia przez świadczeniodawcę danej populacji świadczeniami opieki zdrowotnej;
8) realizatora programu pilotażowego albo tryb jego wyboru;
9) wskaźniki realizacji programu pilotażowego;
10) sposób pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego;
11) sposób oceny wyników programu pilotażowego;
12) podmiot zobowiązany do finansowania programu pilotażowego, a w przypadku, o którym mowa w ust. 2, także sposób i tryb finansowania programu pilotażowego z budżetu państwa.

4. W programie pilotażowym określa się realizatora programu pilotażowego, jeżeli zachodzi co najmniej jedna z okoliczności, o których mowa w art. 48b ust. 1a.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia ustala, w drodze rozporządzenia, program pilotażowy, mając na uwadze poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia oraz poprawę jakości i bezpieczeństwa udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Fundusz zawiera umowę o realizację programu pilotażowego z realizatorem programu pilotażowego.

7. W przypadku programu pilotażowego dotyczącego świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w zakresie i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d minister właściwy do spraw zdrowia może wyrazić zgodę na opracowanie i ustalenie programu przez Prezesa Funduszu po przedstawieniu przez Prezesa Funduszu założeń programu, uwzględniających informacje, o których mowa w art. 146 ust. 3. Przepisy ust. 2–4 i 6 stosuje się odpowiednio.

8. Przepisów ust. 1–7 nie stosuje się do programów pilotażowych finansowanych ze środków europejskich w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

9. W celu realizacji zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie nadzoru i kontroli określonych w ust. 1 może on zawrzeć umowę z jednostką podległą

lub nadzorowaną przez tego ministra, właściwą ze względu na cel programu pilotażowego.

Art. 48f. Świadczeniobiorca korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego może upoważnić:

1) świadczeniodawcę udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w ramach tego programu do udostępniania jednostce organizacyjnej pomocy społecznej informacji o korzystaniu przez tego świadczeniobiorcę ze świadczeń opieki zdrowotnej;
2) jednostkę organizacyjną pomocy społecznej do udostępniania świadczeniodawcy udzielającemu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach tego programu informacji o korzystaniu przez tego świadczeniobiorcę z pomocy społecznej.

Rozdział 5

Dokumenty służące do potwierdzenia i weryfikacji prawa do świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 49. 1. Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiającym potwierdzanie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest kartą typu elektronicznego.

3. Karta ubezpieczenia zdrowotnego zawiera w szczególności następujące dane:

1) imię (imiona) i nazwisko;
2) datę urodzenia;
3) numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
4) numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczenia zdrowotnego;
5) dwuznakowy kod ISO 3166-1 dla Rzeczypospolitej Polskiej;
6) datę ważności karty;
7) numer identyfikacyjny karty.

4. Funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić również inny dokument typu elektronicznego, o ile zawiera dane wskazane w ust. 3 pkt 1–3 oraz spełnia funkcje, o których mowa w ust. 1.

5. Karta ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić funkcję Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

6. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest wydawana bezpłatnie. W przypadku utraty karty ubezpieczenia zdrowotnego za wydanie nowej karty pobiera się opłatę w wysokości 1,5% minimalnego wynagrodzenia.

7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, zwolnić ubezpieczonego z obowiązku ponoszenia opłaty, o której mowa w ust. 6. Przepisy art. 109 i 110 stosuje się odpowiednio.

8. (uchylony)

9. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:

1) wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz sposób jej wykonania, uwzględniając przepisy Unii Europejskiej w sprawie wzoru Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego,
2) wzór wniosku o wydanie karty ubezpieczenia zdrowotnego,
3) szczegółowy zakres danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz ich format,
4) tryb wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego

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

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

Art. 50. 1. Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:

1) kartę ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonego oraz osób, do których stosuje się art. 67 ust. 4–7;
2) dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 – w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony.

2. Przedstawienie przez świadczeniobiorcę dokumentów, o których mowa w ust. 1, nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

1) świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość przez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy, legitymacji szkolnej albo przy użyciu

dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 19e ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 700, 730 i 848), przez okazanie tego dokumentu na ekranie urządzenia mobilnego osobie stwierdzającej tożsamość; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia;

2) świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3.

3. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej może zostać potwierdzone na podstawie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 700, 730 i 848), sporządzonego, na podstawie numeru PESEL, przez Fundusz dla świadczeniodawcy lub niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji i przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2019 r. poz. 123 i 730) z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych.

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

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

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

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

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

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

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

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

11. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 6. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia

udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.

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

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

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

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

1) w dniu udzielenia tego świadczenia potwierdził, w sposób określony w ust. 3, prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej albo świadczeniobiorca ten w tym dniu przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6,
2) świadczeniobiorca w terminie przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, w przypadkach określonych w ust. 11

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

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

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

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

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

– osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia, z wyłączeniem osoby, której udzielono świadczenia, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1.

17. Obowiązku, o którym mowa w ust. 16, nie stosuje się do osoby, która w chwili przedstawienia innego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia pisemnego oświadczenia o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

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

18a. Przepisów ust. 16 i 18 nie stosuje się w przypadku dopełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 67 ust. 1 i 3, w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania, o którym mowa w ust. 18, jeżeli przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego mimo podlegania takiemu zgłoszeniu.

18b. W przypadku dopełnienia obowiązku określonego w art. 67 ust. 1 i 3 w terminie, o którym mowa w ust. 18a, poniesione koszty świadczeń opieki

zdrowotnej udzielonych w okresie, którego dotyczy ten obowiązek, nie podlegają zwrotowi.

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

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

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

22. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może umorzyć w całości albo w części spłatę należności ustalonej w decyzji, o której mowa w ust. 18, lub odroczyć spłatę tej należności, lub rozłożyć ją na raty, stosując odpowiednio zasady określone w art. 56–58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

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

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

3. Należności z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych:

1) ubezpieczonym,
2) osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji,
3) osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4 oraz art. 12 pkt 2–4, 6 i 9

– świadczeniodawca może przedstawić na jednym rachunku łącznie.

Art. 51. 1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydaje, na zasadach

i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji, Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.

2. Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, dla osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA wydaje oddział wojewódzki Funduszu wskazany w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – oddział wojewódzki Funduszu wybrany przez świadczeniobiorcę.

3. Przepisy wydane na podstawie art. 49 ust. 9 pkt 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 52. 1. Osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w celu korzystania z tych świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oddział wojewódzki Funduszu wydaje dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „poświadczeniem".

2. Poświadczenie zawiera następujące dane:

1) imiona i nazwisko;
2) datę urodzenia;
3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie, o której mowa w ust. 1, nie nadano tego numeru – serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego możliwe jest ustalenie danych osobowych;
4) adres miejsca zamieszkania;
5) nazwę instytucji zagranicznej, na koszt której będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej;
6) adres miejsca zamieszkania lub pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
7) zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących uprawnionemu w rozumieniu przepisów o koordynacji;
8) okres przysługiwania świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
9) numer poświadczenia.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób wydawania poświadczenia oraz jego wzór, uwzględniając dane, o których mowa w ust. 2, oraz dokumenty, na

podstawie których są wydawane poświadczenia, kierując się koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i rzetelnego potwierdzania prawa do tych świadczeń.

Art. 53. 1. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji jest poświadczenie wydawane przez Fundusz lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń, wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą.

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

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

1) stanu nagłego,
2) porodu

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

Art. 54. 1. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo.

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

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

1) przedłożeniu przez świadczeniobiorcę, o którym mowa w ust. 1, dokumentów potwierdzających zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz dokumentów potwierdzających:
   a) posiadanie obywatelstwa polskiego lub
   b) posiadanie statusu uchodźcy, lub
   c) objęcie ochroną uzupełniającą, lub
   d) posiadanie zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;

3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
4) stwierdzeniu braku okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego, o którym mowa w pkt 2.

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

5. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może wszcząć postępowanie w celu wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, również z urzędu lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

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

7. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 1, przysługuje przez okres 90 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest:
1) dzień złożenia wniosku,
2) w przypadku udzielania świadczeń w stanie nagłym – dzień udzielenia świadczenia

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

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

9. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 7 ust. 2, niezwłocznie stwierdza wygaśnięcie decyzji, o której mowa w ust. 1, w przypadku gdy w okresie, o którym mowa w ust. 7 i 8:
1) świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym lub
2) w przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 10.

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

1) każdej zmianie w sytuacji dochodowej lub majątkowej;
2) objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym.

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

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

DZIAŁ III

Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 55. (uchylony)

Art. 56. (uchylony)

Art. 57. 1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

1a. Jeżeli w wyniku finansowanych ze środków publicznych badań przesiewowych wykonywanych u dzieci stwierdzono występowanie chorób wrodzonych, udzielanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia tych chorób następuje bez skierowania, o którym mowa w ust. 1.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane do świadczeń:

1) ginekologa i położnika;
2) dentysty;
3) (uchylony)
4) wenerologa;
5) onkologa;
6) (uchylony)
7) psychiatry;

8) dla osób chorych na gruźlicę;
9) dla osób zakażonych wirusem HIV;
10) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych, kombatantów, żołnierzy zastępczej służby wojskowej, działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych oraz osób deportowanych do pracy przymusowej;
10a) dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;
11) w zakresie leczenia uzależnień:
    a) dla osób zgłaszających się z powodu uzależnienia,
    b) dla osób zgłaszających się z powodu współuzależnienia – osób spokrewnionych lub niespokrewnionych z osobą uzależnioną, wspólnie z nią zamieszkujących i gospodarujących, oraz osób, których stan psychiczny powstał na skutek pozostawania w związku emocjonalnym z osobą uzależnioną;
12) dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
13) dla weterana poszkodowanego, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa;
14) dla osób, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b;
15) psychologicznych, psychoterapeutycznych i środowiskowych dla dzieci i młodzieży.

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

Art. 58. Świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne.

Art. 59. Świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 59a. 1. Skierowania wystawione przez lekarzy wykonujących zawód w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich Unii Europejskiej

traktuje się jako skierowania w rozumieniu ustawy, jeżeli spełniają określone w niej wymagania.

2. Do skierowania, o którym mowa w ust. 1, wystawionego w języku obcym, dołącza się jego tłumaczenie na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.

Art. 59aa. 1. Skierowanie jest wystawiane w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanym dalej „SIM", mając na uwadze sposób finansowania tych świadczeń oraz z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania.

3. Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, są wystawiane w postaci papierowej w przypadku:

1) braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
2) skierowania dla osoby o nieustalonej tożsamości;
3) skierowania wystawianego przez lekarza, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577 i 730), albo pielęgniarkę i położną, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

4. Numer identyfikujący skierowanie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, zwany dalej „identyfikatorem skierowania", jest nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia lub system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 tej ustawy.

5. Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, zapisuje się i przechowuje w SIM.

6. Treść skierowania zapisanego w SIM nie może być zmieniana. Skierowanie, którego treść wymaga zmiany, zostaje anulowane w SIM przez osobę wystawiającą to skierowanie, a zmiana treści takiego skierowania następuje przez wystawienie nowego skierowania.

Art. 59b. 1. W przypadku skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, świadczeniobiorca otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu zawierającą następujące dane:

1) numer składający się z czterdziestu czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do skierowania, zwany dalej „kluczem dostępu do skierowania”;
2) numer składający się z czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do skierowania w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 tej ustawy, zwany dalej „kodem dostępu”;
3) identyfikator skierowania;
4) datę wystawienia skierowania;
5) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
6) nazwę usługodawcy w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz identyfikator usługodawcy, o którym mowa w art. 17c ust. 3 tej ustawy;
7) imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie;
8) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
9) numer telefonu do świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie;
10) typ skierowania;
11) informację „przypadek pilny”, jeżeli dotyczy;
12) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się świadczeniobiorcę, jeżeli dotyczy;
13) wskazane przez osobę wystawiającą skierowanie miejsce jego realizacji, jeżeli dotyczy.

2. Informację, o której mowa w ust. 1, świadczeniobiorca otrzymuje:

1) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, adres poczty elektronicznej, jeżeli dotyczy;

2) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, numer telefonu, w postaci wiadomości tekstowej, zawierającej co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL, jeżeli dotyczy;
3) w postaci wydruku – w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, danych, o których mowa w pkt 1 i 2, oraz na żądanie świadczeniobiorcy, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej co najmniej klucz dostępu do skierowania lub kod dostępu – w przypadku udzielania świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu wezwania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku.

2a. Informacja o wystawionym skierowaniu może zawierać fotokody, w tym kody QR, oraz komunikaty nadawane przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

3. Informację, o której mowa w ust. 2 pkt 3, wydaje osoba wystawiająca skierowanie.

4. Informacja o wystawionym skierowaniu nie może zawierać żadnych innych niż określone w ust. 1 i 2a treści, w szczególności o charakterze reklamy.

5. Informacja o wystawionym skierowaniu nie zastępuje skierowania.

Art. 60. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Art. 61. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 47a, 57 ust. 2 i art. 60.

DZIAŁ IIIA

Kontrola

Art. 61a. 1. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:
1) organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;

2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi w tej umowie;
3) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;
4) przestrzegania zasad wystawiania recept;
5) posiadania uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez osoby wykonujące zawody medyczne;
6) wykonywania obowiązków nałożonych na świadczeniodawcę związanych z realizacją tej umowy w zakresie innym niż określony w pkt 1–5.

2. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji uprawnień i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów prawa podmiotów, którym ustawa przyznaje takie uprawnienia i obowiązki w zakresie:
1) zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych finansowanych ze środków publicznych;
2) przestrzegania zasad wystawiania recept refundowanych oraz zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne objęte refundacją.

3. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę.

4. Kontrole, z wyłączeniem kontroli, o której mowa w art. 61v, planuje się i przeprowadza po uprzednim dokonaniu analizy prawdopodobieństwa wystąpienia nieprawidłowości w zakresach, o których mowa w ust. 1–3.

Art. 61b. 1. Organy administracji rządowej i samorządowej, państwowe i samorządowe osoby prawne oraz państwowe i samorządowe jednostki organizacyjne są obowiązane współdziałać z Prezesem Funduszu, nieodpłatnie udostępniać Prezesowi Funduszu informacje oraz udzielać mu pomocy przy wykonywaniu zadań, o których mowa w niniejszym dziale.

2. Prezes Funduszu jest uprawniony do nieodpłatnego korzystania z informacji przetwarzanych w rejestrach publicznych w rozumieniu art. 3 pkt 5 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania

publiczne, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w niniejszym dziale, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.

3. Informacje, o których mowa w ust. 2, jeżeli zawierają dane osobowe, podlegają ochronie na podstawie przepisów o ochronie danych osobowych i są chronione przed dostępem do nich osób nieuprawnionych.

4. Prezes Funduszu w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w niniejszym dziale nie może żądać zaświadczeń ani dokumentów na potwierdzenie faktów lub stanu prawnego, jeżeli są możliwe do ustalenia przez Fundusz na podstawie:

1) posiadanych przez Fundusz ewidencji, rejestrów lub danych;
2) rejestrów publicznych prowadzonych przez inne podmioty publiczne, do których Fundusz ma dostęp w drodze elektronicznej na zasadach określonych w przepisach o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne;
3) wymiany informacji z innym podmiotem publicznym na zasadach określonych w przepisach o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

Art. 61c. 1. Organy kontroli i inspekcji działające w administracji rządowej i samorządzie terytorialnym są obowiązane do udostępniania Prezesowi Funduszu, na jego wniosek, wyników kontroli przeprowadzonych przez te organy u świadczeniodawcy, osoby uprawnionej w rozumieniu ustawy o refundacji lub w aptece, jeżeli wyniki te mają związek z realizacją zadań, o których mowa w niniejszym dziale.

2. Prezes Funduszu jest obowiązany do udostępniania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia, na ich wniosek, akt oraz wyników kontroli prowadzonych przez Fundusz w podmiocie kontrolowanym, jeżeli mają one związek z realizacją ich zadań. Przepisy art. 61j ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 61d. 1. Przeprowadzenie kontroli ma na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie objętym kontrolą, rzetelne jego udokumentowanie oraz dokonanie oceny.

2. Czas trwania wszystkich kontroli Funduszu w miejscach, o których mowa w art. 61i ust. 1, w roku kalendarzowym, z wyłączeniem kontroli realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego oraz

kontroli, o której mowa w art. 61v, nie może przekraczać w odniesieniu do łącznej kwoty wypłaconej podmiotowi kontrolowanemu przez Fundusz za rok poprzedni według stanu na dzień 31 stycznia roku następnego w wysokości:

1) do 2 000 000 zł – 12 dni roboczych;
2) do 10 000 000 zł – 18 dni roboczych;
3) do 50 000 000 zł – 24 dni roboczych;
4) powyżej 50 000 000 zł – 48 dni roboczych.

3. Czas trwania wszystkich kontroli Funduszu w miejscach, o których mowa w art. 61i ust. 1, w roku kalendarzowym w przypadku kontroli, o których mowa w art. 61a ust. 2, z wyłączeniem kontroli, o której mowa w art. 61v, nie może przekraczać 20 dni roboczych.

4. Nie można równocześnie podejmować i prowadzić więcej niż jednej kontroli działalności podmiotu kontrolowanego w zakresie, o którym mowa w art. 61a ust. 1–3, art. 61zb i art. 173, z wyłączeniem kontroli, o której mowa w art. 61v.

5. Prezes Funduszu nie przeprowadza kontroli, w przypadku gdy ma ona dotyczyć zakresu przedmiotowego kontroli objętego uprzednio zakończoną kontrolą, z wyłączeniem kontroli, o której mowa w art. 61v.

6. Podmiot kontrolowany może wnieść sprzeciw wobec podjęcia i wykonywania przez Prezesa Funduszu czynności z naruszeniem przepisów ust. 2–5. Sprzeciw wymaga uzasadnienia. Wniesienie sprzeciwu nie jest dopuszczalne w przypadku kontroli, o której mowa w art. 61v.

7. Sprzeciw wnosi się w terminie 2 dni roboczych od dnia wszczęcia kontroli lub wystąpienia przesłanki wniesienia sprzeciwu do komórki organizacyjnej Funduszu, która prowadzi kontrolę.

8. Wniesienie sprzeciwu nie powoduje wstrzymania czynności kontrolnych.

9. Kierownik komórki organizacyjnej Funduszu, o której mowa w ust. 7, w terminie 2 dni roboczych od dnia otrzymania sprzeciwu wydaje postanowienie o:

1) odstąpieniu od czynności kontrolnych;
2) kontynuowaniu czynności kontrolnych.

10. Nierozpatrzenie sprzeciwu w terminie, o którym mowa w ust. 9, jest równoznaczne w skutkach z wydaniem postanowienia o odstąpieniu od czynności kontrolnych.

11. Na postanowienie, o którym mowa w ust. 9 pkt 2, podmiotowi kontrolowanemu przysługuje zażalenie do Prezesa Funduszu, które składa się za

pośrednictwem kierownika komórki organizacyjnej Funduszu, o której mowa w ust. 7, w terminie 2 dni roboczych od dnia doręczenia postanowienia.

12. Prezes Funduszu rozpatruje zażalenie w terminie 7 dni od dnia jego wniesienia oraz wydaje postanowienie o:

1) odstąpieniu od czynności kontrolnych;
2) kontynuowaniu czynności kontrolnych.

13. Nierozpatrzenie zażalenia w terminie, o którym mowa w ust. 12, jest równoznaczne w skutkach z wydaniem postanowienia o odstąpieniu od czynności kontrolnych.

Art. 61e. 1. Kontrolę przeprowadzają pracownicy Funduszu, zwani dalej „kontrolerami".

2. Poszczególne czynności kontrolne mogą wykonywać pracownicy Funduszu niebędący kontrolerami.

3. Kontrolerzy albo osoby, o których mowa w ust. 2, przeprowadzają kontrolę albo poszczególne czynności kontrolne na podstawie upoważnienia do przeprowadzenia kontroli.

4. Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli wydaje Prezes Funduszu.

5. W upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli wskazuje się:

1) oznaczenie wydającego upoważnienie;
2) imię i nazwisko kontrolera i numer legitymacji służbowej lub imię i nazwisko osoby, o której mowa w ust. 2, i numer dokumentu pozwalającego na ustalenie jej tożsamości;
3) datę i miejsce wystawienia upoważnienia;
4) podstawę prawną kontroli;
5) oznaczenie kontroli (numer i temat kontroli);
6) zakres przedmiotowy, w tym numer umowy z Funduszem, jeżeli dotyczy, i okres objęty kontrolą;
7) datę rozpoczęcia kontroli oraz przewidywany termin jej zakończenia;
8) nazwę (firmę) i adres podmiotu kontrolowanego;
9) numer zezwolenia na prowadzenie apteki, jeżeli dotyczy;
10) podpis osoby udzielającej upoważnienia z podaniem imienia i nazwiska oraz zajmowanego stanowiska lub funkcji;
11) pouczenie o prawach i obowiązkach podmiotu kontrolowanego.

6. Kontroler oraz osoba, o której mowa w ust. 2, podczas przeprowadzania kontroli albo poszczególnych czynności kontrolnych, korzysta z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 i 2077 oraz z 2019 r. poz. 730, 858 i 870) dla funkcjonariuszy publicznych.

Art. 61f. 1. Kontroler albo osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, podlega wyłączeniu z postępowania kontrolnego, na wniosek lub z urzędu, jeżeli kontrola mogłaby oddziaływać na jej prawa lub obowiązki, na prawa lub obowiązki jej małżonka albo osób pozostających z nią we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia albo osób związanych z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. Powody wyłączenia trwają także po ustaniu małżeństwa, pozostawania we wspólnym pożyciu, przysposobienia, opieki lub kurateli.

2. Kontroler albo osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może być wyłączona, na swój wniosek lub wniosek podmiotu kontrolowanego, lub z urzędu, z postępowania kontrolnego w każdym czasie, jeżeli zachodzą uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności.

3. O przyczynach mogących stanowić podstawę wyłączenia kontroler albo osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, niezwłocznie zawiadamia na piśmie Prezesa Funduszu.

4. O wyłączeniu kontrolera albo osoby, o której mowa w art. 61e ust. 2, postanawia Prezes Funduszu. Na postanowienie o wyłączeniu zażalenie nie przysługuje.

5. Do czasu wydania postanowienia, o którym mowa w ust. 4, kontroler albo osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, podejmuje jedynie czynności niecierpiące zwłoki.

Art. 61g. 1. Prezes Funduszu zawiadamia podmiot kontrolowany o kontroli najpóźniej w terminie 7 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych, z wyłączeniem kontroli:

1) obejmujących warunki realizacji świadczeń gwarantowanych wynikających z przepisów wydanych na podstawie art. 31d oraz z przepisów art. 146 ust. 1 i 2 i art. 159 ust. 2,
2) o których mowa w art. 61a ust. 1 pkt 3 i 4,
3) o których mowa w art. 61a ust. 2,

4) o których mowa w art. 61a ust. 3, których uprawdopodobnione skutki finansowe wynoszą co najmniej 10 000 zł, z wyłączeniem kontroli realizacji recept otaksowanych za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia

– w przypadku których zawiadomienie następuje najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli.

2. Rozpoczęcie kontroli nie może nastąpić później niż przed upływem 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia o kontroli.

3. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

1) oznaczenie zawiadamiającego;
2) datę i miejsce wystawienia zawiadomienia;
3) podstawę prawną kontroli;
4) oznaczenie kontroli (numer i temat kontroli);
5) zakres przedmiotowy, w tym numer umowy z Funduszem, jeżeli dotyczy, i okres objęty kontrolą;
6) wskazanie daty rozpoczęcia kontroli oraz przewidywanego terminu jej zakończenia;
7) nazwę (firmę) i adres podmiotu kontrolowanego;
8) numer zezwolenia na prowadzenie apteki, jeżeli dotyczy;
9) wskazanie dokumentów, zestawień i obliczeń, o których mowa w art. 61j ust. 7, jeżeli są wymagane w dniu rozpoczęcia kontroli, z wyjątkiem kontroli, w przypadku której zawiadomienie następuje najpóźniej w chwili jej rozpoczęcia;
10) imię i nazwisko kontrolera;
11) podpis zawiadamiającego z podaniem imienia i nazwiska oraz zajmowanego stanowiska lub funkcji;
12) pouczenie o prawach i obowiązkach podmiotu kontrolowanego.

4. Kwota, o której mowa w ust. 1 pkt 4, podlega corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym.

5. Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, o którym mowa w ust. 4, ustala się na podstawie komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia

17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1270 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 39, 730 i 752).

6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w terminie do dnia 15 lutego, w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski", wysokość kwoty, o której mowa w ust. 1 pkt 4, po waloryzacji.

Art. 61h. 1. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, rozpoczynając kontrolę albo poszczególne czynności kontrolne, okazuje upoważnienie do przeprowadzenia kontroli wraz z legitymacją służbową albo dokumentem stwierdzającym tożsamość kierownikowi podmiotu kontrolowanego albo osobie przez niego upoważnionej.

2. W razie nieobecności kierownika podmiotu kontrolowanego lub osoby przez niego upoważnionej dokumenty, o których mowa w ust. 1, kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, okazuje pracownikowi podmiotu kontrolowanego, który może być uznany za osobę, o której mowa w art. 97 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1025, 1104, 1629, 2073 i 2244 oraz z 2019 r. poz. 80), zwanemu dalej „pracownikiem czynnym", albo przywołanemu świadkowi będącemu funkcjonariuszem publicznym w rozumieniu art. 115 § 13 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, niebędącemu pracownikiem Funduszu.

Art. 61i. 1. Kontrola lub poszczególne jej czynności są prowadzone w:

1) siedzibie podmiotu kontrolowanego;
2) miejscu prowadzenia działalności przez podmiot kontrolowany;
3) miejscu udzielania świadczeń;
4) miejscu prowadzenia działalności przez podwykonawcę w zakresie, w jakim realizuje on umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
5) miejscu udzielania świadczeń lub prowadzenia działalności przez osobę trzecią wykonującą zawód medyczny w związku z powierzeniem tej osobie niektórych czynności na podstawie umów lub porozumień zawartych z podmiotem kontrolowanym;
6) podmiocie, o którym mowa w art. 24 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. Kontrola lub poszczególne jej czynności są prowadzone w godzinach pracy obowiązujących w miejscach, o których mowa w ust. 1, lub w godzinach pracy określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Kontrola lub poszczególne jej czynności mogą być prowadzone również poza godzinami pracy obowiązującymi w miejscach, o których mowa w ust. 1, lub poza godzinami pracy określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w dniach ustawowo wolnych od pracy i w porze nocnej, w przypadku gdy przeprowadzenie kontroli lub poszczególnych jej czynności jest:

1) uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia;
2) niezbędne dla przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia lub zabezpieczenia dowodów ich popełnienia.

4. Kontrolę lub poszczególne jej czynności można przeprowadzać również w jednostkach organizacyjnych Funduszu. Przepisu art. 61h nie stosuje się.

Art. 61j. 1. W trakcie przeprowadzania kontroli lub poszczególnych jej czynności kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, ma prawo:

1) badać i oceniać wszelkie informacje, związane z zakresem kontroli, zawarte w dokumentach, w tym w dokumentacji medycznej i finansowo-księgowej, oraz na innych nośnikach informacji;
2) pobierać i zabezpieczać dokumenty i nośniki, o których mowa w pkt 1;
3) dokonywać oględzin w celu ustalenia stanu faktycznego obiektów budowlanych lub rzeczy albo przebiegu określonych czynności;
4) żądać udzielania wyjaśnień przez kierownika podmiotu kontrolowanego lub jego pracowników i inne osoby biorące udział w czynnościach objętych zakresem kontroli;
5) korzystać z pomocy biegłego.

2. Badanie i ocena dokumentacji medycznej są przeprowadzane przez kontrolera lub osobę, o której mowa w art. 61e ust. 2, posiadającą wykształcenie medyczne lub wykonującą zawód medyczny.

3. Badanie i ocena dokumentacji medycznej w zakresie zastosowanego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego są przeprowadzane przez kontrolera lub osobę, o której mowa w art. 61e ust. 2:

1) posiadających wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi kontrolowanej dokumentacji medycznej lub
2) wykonujących zawód medyczny odpowiadający zakresowi kontrolowanej dokumentacji medycznej.

4. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, jest upoważniona do swobodnego poruszania się na terenie podmiotu kontrolowanego, w sposób

zapewniający poszanowanie praw pacjentów, z wyłączeniem swobodnego poruszania się w obrębie stref objętych reżimem sanitarnym.

5. W związku z wykonywaniem swoich zadań, w tym w celu zapewnienia ochrony środków, form i metod realizacji tych zadań, zgromadzonych informacji oraz własnych obiektów i danych identyfikujących funkcjonariuszy, Agencja Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencja Wywiadu i Centralne Biuro Antykorupcyjne mogą ograniczyć uprawnienia kontrolera lub osoby, o której mowa w art. 61e ust. 2, o których mowa w ust. 1 i 4.

6. Kierownik podmiotu kontrolowanego zapewnia kontrolerowi lub osobie, o której mowa w art. 61e ust. 2, warunki i środki niezbędne do sprawnego przeprowadzenia kontroli, w szczególności:

1) niezwłocznie przedstawia do kontroli żądane dokumenty i inne nośniki informacji;
2) terminowo udziela wyjaśnień;
3) udostępnia niezbędne urządzenia techniczne;
4) w miarę możliwości udostępnia oddzielne pomieszczenia z odpowiednim wyposażeniem biurowym.

7. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może sporządzać, a w razie potrzeby, może zażądać od kierownika podmiotu kontrolowanego nieodpłatnego sporządzenia, w terminie wyznaczonym przez kontrolera lub tę osobę, niezbędnych dla osiągnięcia celów kontroli odwzorowań cyfrowych, zestawień i obliczeń przygotowanych na podstawie dokumentów lub elektronicznych baz danych, a w przypadku braku możliwości technicznych, sporządzenia dokumentów, zestawień i obliczeń w postaci papierowej.

8. Na żądanie kontrolera lub osoby, o której mowa w art. 61e ust. 2, zgodność odwzorowań cyfrowych oraz kopii, wyciągów, zestawień i obliczeń sporządzonych w postaci papierowej z dokumentami źródłowymi lub danymi z elektronicznych baz danych potwierdza kierownik komórki organizacyjnej, w której dokumenty się znajdują, lub osoba do tego upoważniona.

9. Potwierdzenie zgodności:

1) treści odwzorowań cyfrowych z dokumentami źródłowymi lub danymi z elektronicznych baz danych następuje przez złożenie przez kierownika komórki organizacyjnej, w której dokumenty lub bazy się znajdują, lub osobę do

tego upoważnioną pisemnego oświadczenia o zgodności treści odwzorowań cyfrowych z tymi dokumentami lub bazami;

2) kopii, wyciągów, zestawień i obliczeń sporządzonych w postaci papierowej z dokumentami źródłowymi następuje przez złożenie przez kierownika komórki organizacyjnej, w której dokumenty się znajdują, lub osobę do tego upoważnioną, podpisu wraz z datą na tej kopii, wyciągu, zestawieniu lub obliczeniu.

10. W przypadku odmowy potwierdzenia zgodności, kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, sporządza notatkę w sprawie odmowy potwierdzenia zgodności.

11. Prezes Funduszu może, po zawiadomieniu podmiotu kontrolowanego, zarządzić:

1) przerwę w kontroli;
2) przedłużenie czasu trwania kontroli na czas niezbędny do przeprowadzenia czynności kontrolnych, określając termin tego przedłużenia;
3) odstąpienie od kontroli z przyczyn niezależnych od Funduszu.

Art. 61k. 1. Kontroler ustala stan faktyczny na podstawie dowodów zebranych w toku wykonywania czynności, o których mowa w niniejszym dziale.

2. Dowodami, o których mowa w ust. 1, są w szczególności dokumenty, wyniki oględzin, opinie biegłych, wyjaśnienia i oświadczenia.

3. Dowody przeprowadzone w toku kontroli z naruszeniem przepisów ustawy lub przepisów wydanych na jej podstawie, jeżeli miały istotny wpływ na wyniki kontroli, nie mogą stanowić dowodu w postępowaniu mającym na celu nałożenie przez Fundusz kary umownej, w postępowaniu cywilnym lub administracyjnym.

Art. 61l. 1. Kontroler dokumentuje ustalenia kontroli w aktach kontroli.

2. Kierownik podmiotu kontrolowanego lub osoba przez niego upoważniona ma prawo wglądu do akt kontroli, sporządzania z nich odpisów oraz kopii przy wykorzystaniu własnych przenośnych urządzeń, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej.

3. Czynności określone w ust. 2 są dokonywane w obecności pracownika Funduszu w jednostce organizacyjnej Funduszu, w której akta kontroli się znajdują.

4. Fundusz zapewnia kierownikowi podmiotu kontrolowanego lub osobie przez niego upoważnionej dokonanie czynności określonych w ust. 2, w swoim systemie teleinformatycznym, po ich identyfikacji w sposób, o którym mowa w art. 20a ust. 1

albo 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej.

Art. 61m. 1. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, sporządza protokół z przeprowadzenia czynności dowodowej, jeżeli ustawa tak stanowi. W innych przypadkach kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może sporządzić notatkę służbową.

2. Protokół z przeprowadzenia czynności dowodowej zawiera:

1) oznaczenie czynności, czasu i miejsca jej przeprowadzenia oraz osób biorących udział w czynności dowodowej;
2) opis przebiegu czynności wraz z oświadczeniami i wnioskami osób biorących udział w czynności dowodowej;
3) opis innych istotnych okoliczności dotyczących przebiegu czynności.

3. Protokół z przeprowadzenia czynności dowodowej podpisują wszystkie osoby biorące udział w czynności dowodowej.

4. Osoby biorące udział w czynności dowodowej, przed podpisaniem protokołu z przeprowadzenia czynności dowodowej, mogą żądać sprostowania i uzupełnienia jego treści.

5. Skreślenia lub uzupełnienia poczynione w protokole z przeprowadzenia czynności dowodowej wymagają omówienia podpisanego przez osoby biorące udział w czynności dowodowej.

6. W przypadku sporządzenia protokołu z przeprowadzenia czynności dowodowej w postaci elektronicznej, do którego zgłoszono zmiany, zachowaniu podlegają wszystkie wersje protokołu. Zmiany te omawia się w ostatecznej wersji protokołu z przeprowadzenia czynności dowodowej.

7. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, w razie niemożności lub odmowy podpisania protokołu z przeprowadzenia czynności dowodowej przez osobę biorącą udział w czynności dowodowej, czyni o tym wzmiankę w tym protokole, podając przyczyny braku podpisu.

Art. 61n. 1. Materiał dowodowy zebrany w toku kontroli kontroler odpowiednio zabezpiecza, w zależności od potrzeby, przez:

1) oddanie na przechowanie kierownikowi lub upoważnionemu pracownikowi podmiotu kontrolowanego za pokwitowaniem;

2) przechowanie w podmiocie kontrolowanym w oddzielnym, zamkniętym i opieczętowanym pomieszczeniu;
3) zabranie z podmiotu kontrolowanego oryginałów materiałów dowodowych za pokwitowaniem i przechowywanie ich w siedzibie jednostki organizacyjnej Funduszu lub w jej systemie teleinformatycznym.

2. Zwrot zabezpieczonych materiałów dowodowych następuje za pokwitowaniem, w terminie 30 dni od dnia upływu terminu określonego w art. 61t ust. 4.

Art. 61o. 1. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może żądać od kierownika podmiotu kontrolowanego lub osób, które wykonują czynności w podmiocie kontrolowanym lub u podwykonawcy, od osoby, o której mowa w art. 61i ust. 1 pkt 5, lub od podmiotu, o którym mowa w art. 61i ust. 1 pkt 6, udzielenia, w terminie przez niego wyznaczonym, wyjaśnień, w tym ustnych, w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli.

2. Warunkiem przyjęcia wyjaśnień jest wskazanie osoby, która złożyła wyjaśnienia, podanie stanowiska lub rodzaju i zakresu wykonywanych przez nią czynności w podmiocie kontrolowanym i jej podpis.

3. Z przyjęcia ustnych wyjaśnień sporządza się protokół.

Art. 61p. 1. Każdy może złożyć kontrolerowi lub osobie, o której mowa w art. 61e ust. 2, oświadczenie, w tym ustne, dotyczące przedmiotu kontroli. Przepis art. 61o ust. 2 stosuje się odpowiednio.

2. Kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, nie może odmówić przyjęcia oświadczenia, jeżeli ma ono związek z przedmiotem kontroli. Z przyjęcia ustnego oświadczenia sporządza się protokół.

Art. 61q. 1. W razie potrzeby ustalenia stanu faktycznego obiektów budowlanych lub rzeczy, które są wykorzystywane przez podmiot kontrolowany przy realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo uprawnień lub obowiązków wynikających z przepisów prawa, albo ustalenia przebiegu określonych czynności, kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, może przeprowadzić oględziny.

2. Oględziny przeprowadza się w obecności kierownika właściwej komórki organizacyjnej lub pracownika wyznaczonego przez kierownika podmiotu kontrolowanego, a w razie ich nieobecności, w obecności pracownika czynnego albo

przywołanego świadka będącego funkcjonariuszem publicznym w rozumieniu art. 115 § 13 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, niebędącego pracownikiem Funduszu.

3. Z przebiegu i wyników oględzin sporządza się protokół.

4. Wyniki oględzin, w przypadku ujawnienia w ich toku nieprawidłowości, utrwala się, a w pozostałych przypadkach można utrwalić, za pomocą urządzeń technicznych służących do utrwalania obrazu lub dźwięku.

5. Oględziny przebiegu określonych czynności utrwala się za pomocą urządzeń technicznych służących do utrwalania obrazu lub dźwięku.

6. Utrwalenie oględzin następuje z zachowaniem ochrony wizerunku świadczeniobiorców i osób postronnych.

7. Utrwalony w sposób, o którym mowa w ust. 4 i 5, obraz lub dźwięk stanowi załącznik do protokołu, o którym mowa w ust. 3.

Art. 61r. 1. Jeżeli w toku kontroli jest konieczne przeprowadzenie specjalistycznych badań lub zbadanie określonych zagadnień wymagających szczególnych umiejętności lub wiedzy specjalistycznej, Prezes Funduszu powołuje biegłego.

2. Biegłym nie może być osoba, w stosunku do której istnieją okoliczności mogące mieć wpływ na jej bezstronność, w szczególności gdy kontrola jest prowadzona w podmiocie kontrolowanym zatrudniającym tę osobę albo obejmuje zadanie, którego ta osoba jest lub była wykonawcą.

3. W postanowieniu o powołaniu biegłego określa się przedmiot, zakres oraz termin wydania opinii.

4. Biegły działa na podstawie postanowienia o jego powołaniu. Na postanowienie o powołaniu biegłego zażalenie nie przysługuje.

5. Biegłemu można udostępnić akta kontroli w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia dowodu. Biegły jest obowiązany do zachowania w tajemnicy informacji, o których dowiedział się w związku z wykonywaniem zadań określonych w postanowieniu o jego powołaniu, oraz do sporządzenia opinii w sposób obiektywny i zgodny z najlepszą wiedzą.

6. Biegły przed przystąpieniem do wykonywania czynności, o których mowa w ust. 1 i 3, składa Prezesowi Funduszu oświadczenie o braku przyczyn wyłączenia, o którym mowa w ust. 2 oraz w art. 61f ust. 1.

7. Do biegłego stosuje się odpowiednio przepisy art. 61e ust. 6, art. 61f, art. 61j ust. 1 pkt 1–3, ust. 2–5 i ust. 6 pkt 1, art. 61q ust. 1 i 2, art. 61z oraz art. 61za.

Art. 61s. 1. Ustalenia kontroli zamieszcza się w wystąpieniu pokontrolnym.

2. Wystąpienie pokontrolne zawiera w szczególności:

1) zwięzły opis ustalonego stanu faktycznego, w tym nieprawidłowości i ich zakres, a także ocenę;
2) zalecenia pokontrolne, jeżeli zostały sformułowane;
3) sankcje zgodnie z postanowieniami wynikającymi z umowy, jeżeli są stosowane;
4) informacje o wystąpieniu o nałożenie innych przewidzianych prawem sankcji;
5) pouczenie o prawie zgłoszenia zastrzeżeń.

3. Wystąpienie pokontrolne podpisuje kontroler przeprowadzający kontrolę.

4. Wystąpienie pokontrolne doręcza się kierownikowi podmiotu kontrolowanego.

Art. 61t. 1. Kierownikowi podmiotu kontrolowanego przysługuje prawo zgłoszenia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego w terminie 14 dni od dnia jego doręczenia. Zastrzeżenia wnosi się do Prezesa Funduszu za pośrednictwem komórki organizacyjnej Funduszu, która przeprowadziła kontrolę.

2. Prezes Funduszu odmawia przyjęcia zastrzeżeń, jeżeli zostały one zgłoszone przez osobę nieuprawnioną lub po upływie terminu, o którym mowa w ust. 1, o czym informuje zgłaszającego.

3. Prezes Funduszu, jeżeli nie zachodzą okoliczności, o których mowa w ust. 2, rozpatruje zastrzeżenia w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.

4. Podmiot kontrolowany jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, a w przypadku wniesienia zastrzeżeń, od dnia otrzymania stanowiska o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego, poinformować Prezesa Funduszu o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Art. 61u. 1. Prezes Funduszu pobiera lub dochodzi należności wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym, jeżeli ich kwota określona dla danego podmiotu kontrolowanego, w dniu podpisania wystąpienia pokontrolnego, jednorazowo przekracza 500 zł.

2. Prezes Funduszu pobiera lub dochodzi należności wynikających z kar określonych w wystąpieniu pokontrolnym w pełnej wysokości od dnia, w którym

kwota należności niepobranych lub niedochodzonych określonych dla danego podmiotu kontrolowanego w okresie roku kalendarzowego przekroczyła łącznie 2000 zł.

3. W przypadku przekroczenia, o którym mowa w ust. 2, Prezes Funduszu pobiera lub dochodzi należności na zasadach określonych w ust. 1 dopiero w następnym roku kalendarzowym.

4. Kwoty, o których mowa w ust. 1 i 2, podlegają corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym. Przepisy art. 61g ust. 5 i 6 stosuje się.

Art. 61v. 1. Prezes Funduszu jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli bez uprzedniego zawiadomienia, w przypadku gdy jest to:

1) uzasadnione bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia;
2) niezbędne dla przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia, lub zabezpieczenia dowodów ich popełnienia;
3) niezbędne dla przeciwdziałania ograniczeniom dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w zakresie realizacji obowiązków, o których mowa w art. 20 i art. 21.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kontrolerzy wszczynają kontrolę na podstawie legitymacji służbowej. W takim przypadku okazanie upoważnienia do przeprowadzenia kontroli i doręczenie zawiadomienia o kontroli następuje w terminie do 3 dni roboczych od dnia wszczęcia kontroli lub w miarę możliwości w momencie wszczęcia kontroli.

Art. 61w. 1. W sytuacji wystąpienia wątpliwości dotyczących prawidłowości postępowania w zakresach, o których mowa w art. 61a ust. 1–3, w szczególności na skutek przetwarzania posiadanych danych lub informacji, Fundusz może przeprowadzić czynności sprawdzające obejmujące wezwanie świadczeniodawcy, osoby uprawnionej w rozumieniu ustawy o refundacji lub apteki do udzielenia wyjaśnień lub przekazania dokumentów niezbędnych do ustalenia stanu faktycznego w tym zakresie. Udzielenie wyjaśnień lub przekazanie dokumentów następuje nieodpłatnie w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania. Wyjaśnienia są podpisywane przez osobę, która je złożyła.

2. W sytuacji gdy istotne wątpliwości, o których mowa w ust. 1, nie zostaną usunięte na skutek złożenia przez podmiot, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnień lub przekazania dokumentów albo w sytuacji niezłożenia tych wyjaśnień lub

nieprzekazania dokumentów, Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę w tym podmiocie.

Art. 61x. W sytuacji, w której stan faktyczny sprawy ustalony w szczególności w przypadku, o którym mowa w art. 61w ust. 1, albo przez przyznanie okoliczności faktycznych przez świadczeniodawcę, osobę uprawnioną w rozumieniu ustawy o refundacji lub aptekę nie budzi wątpliwości co do stwierdzonych nieprawidłowości związanych z realizacją umowy lub realizacją uprawnień i obowiązków wynikających z przepisów prawa, Fundusz stosuje sankcje zgodnie z postanowieniami wynikającymi z umowy lub zgodnie z przepisami ustawy o refundacji.

Art. 61y. 1. W Funduszu tworzy się korpus kontrolerski.

2. W skład korpusu kontrolerskiego wchodzą pracownicy Funduszu będący kontrolerami.

3. Kontrolerem może być pracownik Funduszu, który:

1) posiada obywatelstwo polskie;
2) ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych;
3) nie był karany za popełnione z winy umyślnej przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
4) ma wyższe wykształcenie;
5) złożył egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera z wynikiem pozytywnym;
6) nie pełnił służby zawodowej ani nie pracował w organach bezpieczeństwa państwa wymienionych w art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944–1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 430, 399, 447 i 534), ani nie był ich współpracownikiem.

4. Kontrolera powołuje i odwołuje Prezes Funduszu. Z dniem powołania dotychczasowa umowa o pracę przekształca się w stosunek pracy na podstawie powołania, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

5. Egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera obejmuje:

1) wiedzę i umiejętności w zakresie kontroli;
2) znajomość aktów prawnych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz dotyczących funkcjonowania organów administracji publicznej;

3) predyspozycje psychofizyczne, których posiadanie jest niezbędne do wykonywania zadań na stanowisku kontrolera.

6. Do egzaminu, o którym mowa w ust. 5, może przystąpić osoba, która jest zatrudniona w centrali Funduszu.

7. Egzamin, o którym mowa w ust. 5, jest przeprowadzany raz na kwartał. Przystąpić do egzaminu można raz w roku kalendarzowym.

8. Komisję egzaminacyjną do przeprowadzenia egzaminu, o którym mowa w ust. 5, powołuje i odwołuje Prezes Funduszu.

9. Prezes Funduszu określi sposób przygotowania i przeprowadzania egzaminu, o którym mowa w ust. 5.

10. Prezes Funduszu odwołuje ze stanowiska kontrolera osobę, która:

1) złożyła rezygnację ze stanowiska;
2) przestała spełniać warunki określone w ust. 3 pkt 1–4 i 6;
3) jest nieobecna w pracy powyżej 3 miesięcy z powodu tymczasowego aresztowania;
4) naruszyła w stopniu ciężkim podstawowe obowiązki pracownicze;
5) realizowała kontrole w sposób nierzetelny, niezgodny z przepisami lub uniemożliwiający osiągnięcie celu kontroli, w szczególności kwestionując w sposób powtarzalny wyłącznie naruszenia niemające znaczącego charakteru lub pomijając naruszenia istotne;
6) nie złożyła lub złożyła niezgodne z prawdą oświadczenie, o którym mowa w art. 112 ust. 3.

11. Obsługę korpusu kontrolerskiego zapewniają centrala oraz oddziały wojewódzkie Funduszu.

Art. 61z. 1. Informacje, które kontroler lub osoba, o której mowa w art. 61e ust. 2, uzyskała w związku z wykonywaniem obowiązków w ramach kontroli lub poszczególnych jej czynności, stanowią tajemnicę kontrolerską.

2. Obowiązek zachowania tajemnicy kontrolerskiej ma również Prezes Funduszu oraz każdy, z wyłączeniem podmiotu kontrolowanego, kto na podstawie uprawnienia wynikającego z ustawy lub przepisów odrębnych uzyskał informację o przebiegu lub wynikach kontroli. W innym przypadku informacje, o których mowa w ust. 1, mogą zostać udostępnione za zgodą Prezesa Funduszu.

3. W zakresie wskazanym w art. 61c ust. 2 obowiązek zachowania tajemnicy kontrolerskiej ma również minister właściwy do spraw zdrowia, pracownicy urzędu

obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

4. Obowiązek zachowania tajemnicy kontrolerskiej nie jest ograniczony w czasie.

5. Od obowiązku zachowania tajemnicy kontrolerskiej może zwolnić Prezes Funduszu albo sąd właściwy do rozpoznania sprawy.

Art. 61za. 1. W trakcie przeprowadzania kontroli komunikacja między Prezesem Funduszu, kontrolerami, osobami, o których mowa w art. 61e ust. 2, a podmiotem kontrolowanym, w szczególności przesyłanie zawiadomienia o kontroli, wystąpienia pokontrolnego, zastrzeżeń podmiotu kontrolowanego do wystąpienia pokontrolnego, sprzeciwu, o którym mowa w art. 61d ust. 6, oraz postanowień wydanych w toku kontroli odbywa się za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

2. Przepisów ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:

1) z uwagi na potrzebę ochrony danych osobowych komunikacja za pomocą środków komunikacji elektronicznej nie gwarantuje w sposób dostateczny bezpieczeństwa przetwarzania danych;
2) brak jest technicznych lub organizacyjnych możliwości do wykorzystania systemów teleinformatycznych do przesyłania lub odbierania przez Prezesa Funduszu, kontrolerów lub podmiot kontrolowany dokumentów za pomocą środków komunikacji elektronicznej;
3) wystąpiła awaria systemów teleinformatycznych, która uniemożliwia Prezesowi Funduszu, kontrolerom, osobom, o których mowa w art. 61e ust. 2, lub podmiotowi kontrolowanemu przesyłanie dokumentów za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3. Pisma, oświadczenia, wyjaśnienia, postanowienia oraz wnioski składane w trakcie kontroli, Prezes Funduszu, kontrolerzy, osoby, o których mowa w art. 61e ust. 2, oraz podmiot kontrolowany sporządzają w formie dokumentu elektronicznego, opatrując je kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem zaufanym.

4. W przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 2, dokumenty, o których mowa w ust. 3, sporządza się w postaci papierowej i doręcza za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu art. 3 pkt 13 ustawy z dnia

23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2018 r. poz. 2188 oraz z 2019 r. poz. 1051), przez kontrolerów lub przez pracowników podmiotu kontrolowanego.

5. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, podmiot kontrolowany wnosi w trakcie kontroli do kontrolera na elektroniczną skrzynkę podawczą Funduszu utworzoną na podstawie ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

6. Prezes Funduszu i kontrolerzy doręczają dokumenty, o których mowa w ust. 3, podmiotowi kontrolowanemu:

1) na jego elektroniczną skrzynkę podawczą utworzoną na podstawie ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, jeżeli jest podmiotem publicznym w rozumieniu tej ustawy;
2) na adres elektroniczny wskazany Funduszowi – w przypadku podmiotu innego niż określony w pkt 1.

7. Dokumenty w postaci elektronicznej przekazywane za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o których mowa w ust. 3, są sporządzane w jednym z formatów danych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

8. Do doręczania pism w trakcie kontroli, w zakresie nieuregulowanym w ustawie, stosuje się przepisy działu I rozdziałów 8–10 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 61zb. Ministrowie, o których mowa w art. 14, mają prawo do przeprowadzenia kontroli w podmiotach, które wykonują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez tych ministrów. Do tej kontroli, z wyłączeniem kontroli przeprowadzanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, przepisy niniejszego działu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem przepisów art. 61c ust. 2, art. 61u–61y i art. 61za.

Art. 62. (uchylony)

Art. 63. (uchylony)

Art. 63a. (uchylony)

Art. 63b. (uchylony)

Art. 63c. (uchylony)

Art. 64. (uchylony)

DZIAŁ IV

Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu

Rozdział 1

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 65. Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

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

Art. 66. 1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są:
   a) pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,
   b) rolnikami lub ich domownikami w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
   ba) pomocnikami rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
   c) osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646, 1479, 1629, 1633 i 2212) lub przepisów o ubezpieczeniach społecznych lub ubezpieczeniu społecznym rolników,
   d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,
   e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące zlecenia lub osobami z nimi współpracującymi,
   f) osobami duchownymi,

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

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

i) osobami pobierającymi świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia;

1a) osoby, o których mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, oraz osoby z nimi współpracujące, z wyłączeniem osób, które zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców;

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

3) osoby odbywające służbę zastępczą;

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

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

6) policjanci;

7) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;

8) funkcjonariusze Agencji Wywiadu;

8a) funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego;

8b) funkcjonariusze Służby Kontrwywiadu Wojskowego;

8c) funkcjonariusze Służby Wywiadu Wojskowego;

9) funkcjonariusze Służby Ochrony Państwa;

10) funkcjonariusze Straży Granicznej;

10a) funkcjonariusze Straży Marszałkowskiej;

11) funkcjonariusze Służby Celno-Skarbowej;
12) funkcjonariusze Służby Więziennej;
13) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;
14) posłowie pobierający uposażenia poselskie oraz senatorowie pobierający uposażenie senatorskie;
15) sędziowie i prokuratorzy;
15a) ławnicy sądowi niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
16) osoby pobierające emeryturę lub rentę, osoby w stanie spoczynku pobierające uposażenie lub uposażenie rodzinne oraz osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze;
16a) osoby pobierające rodzicielskie świadczenie uzupełniające;
17) uczniowie oraz słuchacze zakładów kształcenia nauczycieli w rozumieniu przepisów o systemie oświaty niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
18) dzieci przebywające w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
19) dzieci do czasu rozpoczęcia realizacji obowiązku szkolnego nieprzebywające w placówkach, o których mowa w pkt 18, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z zastrzeżeniem art. 81 ust. 8 pkt 3;
20) studenci i doktoranci niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1;
21) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2;
22) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego;
23) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15. roku życia niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
24) bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
24a) osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które zostały skierowane przez

podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

25) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w *art. 27 ust. 1 pkt 3–6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 2003 r. poz. 514, z późn. zm.*[9])[10] niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

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

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

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

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

28b) osoby pobierające zasiłek dla opiekuna, przyznany na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

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

30) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub realizujące kontrakt socjalny w wyniku zastosowania procedury, o której mowa w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach

---

[9] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. poz. 844, 1143, 1176, 1268, 1302, 1380, 1608, 1966, 2036, 2037, 2217 i 2255 oraz z 2004 r. poz. 593, 624 i 959.

[10] Ustawa utraciła moc z dniem 1 czerwca 2004 r., z wyjątkiem art. 23 ust. 1 pkt 2 lit. g, który utracił moc z dniem 30 kwietnia 2004 r., na podstawie art. 151 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. poz. 1001), która weszła w życie z dniem 1 czerwca 2004 r.

rynku pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1265, z późn. zm.[11)]), niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;

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

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

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

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

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

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

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

36) aplikanci Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury;

37) osoby pobierające nauczycielskie świadczenia kompensacyjne.

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

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

Art. 67. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej temu obowiązkowi

[11)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1149, 1544, 1629, 1669, 2077, 2192, 2215, 2245, 2432 i 2435 oraz z 2019 r. poz. 60, 577, 622, 730, 743 i 986.

zgodnie z przepisami art. 74–76 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.

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

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

3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z wyłączeniem osoby wskazanej w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. ba, ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

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

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

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

1) szkołę ponadpodstawową – wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów;
2) studia lub szkołę doktorską – wygasa po upływie 4 miesięcy od ich ukończenia albo skreślenia z listy studentów lub listy doktorantów.

6. Osoba, o której mowa w ust. 2, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub

wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.

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

Art. 68. 1. Osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, pracownik przebywający na urlopie bezpłatnym, poseł do Parlamentu Europejskiego wybrany w Rzeczypospolitej Polskiej lub osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, do której ma zastosowanie art. 11 ust. 3 lit. e rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.

3. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, w terminie 7 dni od dnia określonego w umowie, o której mowa w ust. 5, lub od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia.

4. Podstawę wymiaru składki opłacanej przez:

1) osobę, o której mowa w ust. 1, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu;
2) korzystającego, o którym mowa w ust. 2, stanowi kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu;
3) osobę, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1–4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

5. Osoba, o której mowa w ust. 1, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Funduszem, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.

6. Wolontariusz, o którym mowa w ust. 2, zostaje objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez korzystającego

z Funduszem, a przestaje być nim objęty z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.

7. Objęcie osoby, o której mowa w ust. 1, ubezpieczeniem zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty na rachunek Funduszu.

8. Wysokość opłaty jest uzależniona od okresu, w którym osoba, o której mowa w ust. 1, nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, i wynosi:

1) 20% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku;
2) 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej roku do 2 lat;
3) 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 2 lat do 5 lat;
4) 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 5 lat do 10 lat;
5) 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 10 lat.

8a. W przypadku marynarzy będących osobami, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 i 2, z wyłączeniem osób przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie zgody na pobyt ze względów humanitarnych lub zgody na pobyt tolerowany, oraz w pkt 2a, z wyłączeniem osób korzystających z ochrony czasowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, do okresu, o którym mowa w ust. 8, nie wlicza się okresu ich zatrudnienia na statkach morskich o obcej przynależności.

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

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

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

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

Art. 69. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a i c–i, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniach społecznych.

1a. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, które na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców zawiesiły wykonywanie działalności gospodarczej, stosuje się odpowiednio art. 68.

1b. Do powstania i wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1a, stosuje się odpowiednio terminy określone w przepisach o ubezpieczeniach społecznych dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c.

2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, powstaje od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, a ustaje z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu.

2a. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. ba, powstaje od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, a ustaje z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy o pomocy przy zbiorach, o której mowa w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników.

3. Pracownik korzystający z urlopu bezpłatnego traci prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu.

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

Art. 70. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2–4, powstaje z dniem powołania lub skierowania do służby, a wygasa z dniem zwolnienia z tej służby.

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

Art. 71. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 14, powstaje z dniem przyznania im uposażenia, a wygasa z dniem utraty prawa do pobierania uposażenia.

Art. 72. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających emeryturę lub rentę powstaje od dnia, od którego przysługuje wypłata emerytury lub renty, i wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia.

2. W przypadku zawieszenia prawa do renty socjalnej w razie osiągania przychodu z tytułów wymienionych w art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1340 i 1669), w tym również w razie osiągania przychodów za granicą z tych tytułów, prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego wygasa po upływie 90 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

3. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do osób w stanie spoczynku pobierających uposażenie lub pobierających uposażenie rodzinne oraz osób pobierających uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze.

Art. 72a. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających rodzicielskie świadczenie uzupełniające powstaje od dnia, od którego przysługuje jego wypłata, i wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia.

Art. 73. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego:

1) uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17, powstaje z dniem przyjęcia do szkoły lub zakładu kształcenia nauczycieli, a wygasa z dniem ukończenia szkoły lub zakładu kształcenia nauczycieli albo skreślenia z listy uczniów lub słuchaczy;
2) dzieci, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 18, przebywających w placówkach pełniących funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze lub w domach pomocy społecznej, powstaje z dniem przyjęcia do placówki albo domu, a wygasa z końcem pobytu w placówce bądź domu;
3) dzieci, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 19, powstaje z dniem uznania przez ośrodek pomocy społecznej zasadności objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem uznania, że ustała zasadność objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, nie później niż z dniem, w którym dziecko rozpoczyna realizację obowiązku szkolnego; ośrodek pomocy społecznej może odmówić uznania

zasadności objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym lub uznać, że ustała konieczność i zasadność objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym dziecka spełniającego przesłanki określone w art. 66 ust. 1 pkt 19, jeżeli na podstawie wywiadu rodzinnego (środowiskowego) stwierdzi, iż warunki materialne opiekunów prawnych lub faktycznych dziecka umożliwiają jego ubezpieczenie zdrowotne na zasadach określonych w art. 68;

4) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20 i 22, powstaje z dniem złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, nie wcześniej jednak niż z dniem rozpoczęcia pierwszego semestru kształcenia, a wygasa z dniem ukończenia studiów lub kształcenia w szkole doktorskiej albo skreślenia z listy studentów lub listy doktorantów;

5) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 21, powstaje z dniem przyjęcia do wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub do zakonu albo jego odpowiedników, a wygasa z dniem ukończenia 25. roku życia albo wystąpienia z wyższego seminarium duchownego albo teologicznego lub zakonu albo jego odpowiedników;

6) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 23, powstaje z dniem przyznania stypendium, a wygasa z dniem utraty prawa do jego pobierania;

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

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

8) osób pobierających świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny obejmuje okres od dnia przyznania prawa do świadczenia przedemerytalnego do dnia utraty prawa do jego pobierania, a w przypadku zasiłku przedemerytalnego – do jego wygaśnięcia, a w odniesieniu do osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 25 – obejmuje okres od dnia zarejestrowania się w urzędzie pracy do dnia przyznania prawa do zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego;

9) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 26, obejmuje okres od dnia przyznania zasiłku do dnia utraty prawa do zasiłku;

10) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28 i 28a, obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub

dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania do dnia utraty prawa do ich pobierania;

10a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28b, obejmuje okres od dnia nabycia prawa do zasiłku dla opiekuna, nie wcześniej jednak niż od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 4 kwietnia 2014 r. o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów (Dz. U. z 2017 r. poz. 2092) do dnia utraty prawa do jego pobierania;

11) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 29, powstaje od dnia rozpoczęcia realizacji indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności, a wygasa z dniem zakończenia realizacji tego programu lub zaprzestania realizacji tego programu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

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

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

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

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

14) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31, powstaje z dniem złożenia Szefowi Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych oświadczenia o niepodleganiu przepisom o systemie ubezpieczeń społecznych i braku innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem ustania tych warunków;

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 74. 1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1a, osób wymienionych w art. 75 i art. 76 oraz członków ich rodzin stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych lub do ubezpieczenia społecznego rolników oraz wyrejestrowywania z tych ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 75 ust. 1–2a, art. 77 i art. 86 ust. 6.

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

3. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, będące przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, a także osoby, o których mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, mogą dokonywać zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, zgłoszenia wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego lub zmiany danych wykazanych w tych zgłoszeniach, na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o Centralnej

Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy (Dz. U. poz. 647, 1544, 1629 i 2244 oraz z 2019 r. poz. 60 i 730).

Art. 75. 1. Osoby pobierające emeryturę lub rentę lub rodzicielskie świadczenie uzupełniające zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwa do wydania decyzji w sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, właściwy organ emerytalny lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.

1a. W przypadku dokonywania wypłaty emerytury lub renty z innego państwa członkowskiego, bank kieruje do oddziału wojewódzkiego Funduszu, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby otrzymującej takie świadczenie, zapytanie dotyczące podlegania przez tę osobę ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej.

1b. W przypadku, o którym mowa w ust. 1a, zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następuje do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym bank otrzymał od oddziału wojewódzkiego Funduszu informację potwierdzającą podleganie danej osoby ubezpieczeniu zdrowotnemu w Rzeczypospolitej Polskiej z tytułu pobierania polskiej emerytury lub renty.

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

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

3. Osoby pobierające uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, a także osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający to uposażenie lub świadczenie.

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

4. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17, 18 i 20, zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli, uczelnie, podmioty prowadzące szkoły doktorskie, placówki pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze i domy pomocy społecznej.

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

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

7. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 22, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej im. Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Lecha Kaczyńskiego.

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

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

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

1) jednostka samorządu terytorialnego i jej jednostka organizacyjna, z wyjątkiem wojewódzkiego i powiatowego urzędu pracy,
2) Ochotniczy Hufiec Pracy,
3) agencja zatrudnienia,
4) instytucja szkoleniowa,
5) instytucja dialogu społecznego,
6) instytucja partnerstwa lokalnego,
7) organizacja pozarządowa działająca na rzecz rozwoju zasobów ludzkich i przeciwdziałania bezrobociu,
8) podmiot, o którym mowa w art. 7 ust. 1 pkt 1, 2 i 4–8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
9) organizacja pracodawców,

10) związek zawodowy,

11) wojewódzki ośrodek doradztwa rolniczego,

12) ośrodek poradnictwa zawodowego i psychologicznego

– korzystający z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych na podstawie umowy o dofinansowanie projektu albo decyzji, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz. U. z 2018 r. poz. 478 i 1669), ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2018 r. poz. 1307 i 1669) albo ustawie z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431 i 1544 oraz z 2019 r. poz. 60 i 730).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 76. Osoby niewymienione w art. 74 i 75 do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszają się same.

Art. 76a. 1. Osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny.

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

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

Art. 77. 1. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 74–76a, są kierowane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

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

1b. Zgłoszenia, o których mowa w ust. 1, kierowane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, mogą być w terminie określonym dla złożenia tych zgłoszeń składane do urzędu skarbowego, w którym jest prowadzone centrum obsługi. Zgłoszenia te

urząd skarbowy nie później niż w następnym dniu roboczym, licząc od dnia wpływu tych dokumentów, przekazuje do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

1c. W przypadku, o którym mowa w ust. 1b, za datę złożenia zgłoszenia do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych uważa się dzień złożenia tego zgłoszenia do urzędu skarbowego.

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

1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez osobę zgłaszaną do ubezpieczenia zdrowotnego;
2) (uchylony)
3) nazwisko i imię;
4) datę urodzenia;
4a) płeć;
5) adres zamieszkania;
6) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

3. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, podmiot obowiązany do zgłoszenia ubezpieczonego przesyła odpowiednio do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane wymienione w ust. 2 oraz następujące dane dotyczące członka rodziny:

1) nazwisko i imię;
2) datę urodzenia;
3) adres zamieszkania;
4) stopień pokrewieństwa;
5) informację o znacznym stopniu niepełnosprawności;
6) numer PESEL, a w przypadku gdy członkowi rodziny nie nadano numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;
7) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym – w przypadku osób, o których mowa w art. 5 pkt 3 lit. c.

Art. 78. Na wniosek ministra właściwego do spraw finansów publicznych kontrolę w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego określonych przepisami ustawy przeprowadza:

1) minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych;
2) minister właściwy do spraw rozwoju wsi w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Rozdział 2

Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 79. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 82 i 242.

2. Składka jest miesięczna i niepodzielna.

Art. 80. 1. (uchylony)

1a. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, oraz domowników rolników, którzy prowadzą działalność w zakresie działów specjalnych w rozumieniu art. 6 pkt 5 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, zwanych dalej „działami specjalnymi", i dodatkowo w gospodarstwie rolnym, z wyłączeniem rolników prowadzących działalność:

1) wyłącznie w zakresie działów specjalnych i ich domowników,
2) w zakresie działów specjalnych i dodatkowo w gospodarstwie rolnym

– za każdą osobę podlegającą ubezpieczeniu wynosi 1 zł za każdy pełny hektar przeliczeniowy użytków rolnych w gospodarstwie rolnym, przyjęty dla celów ustalenia wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne rolników. W gospodarstwach rolnych o powierzchni poniżej 1 hektara przeliczeniowego użytków rolnych składka wynosi 1 zł.

2. Rolnik prowadzący działalność w zakresie działów specjalnych opłaca składki na ubezpieczenie zdrowotne od deklarowanej podstawy wymiaru składki odpowiadającej:

1) dochodowi ustalonemu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych, w kwocie nie niższej jednak niż kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia;

2) minimalnemu wynagrodzeniu, w przypadku prowadzenia działalności niepodlegającej opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

3. (uchylony)

3a. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne domowników rolników prowadzących działalność wyłącznie w zakresie działów specjalnych oraz pomocników rolników w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników stanowi kwota 33,4% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski". Składka od nowej podstawy wymiaru obowiązuje od dnia 1 kwietnia danego roku.

4. Składka rolnika na ubezpieczenie zdrowotne obejmuje członków jego rodziny, jeżeli nie są oni domownikami w rozumieniu art. 6 pkt 2 ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.

Art. 81. 1. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a, d–i i pkt 3 i 35, stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 10.

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

2a. Podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. e zatrudnionych jako niania, o której mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2019 r. poz. 409 i 730), sprawujących opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej stanowi przychód, z zastrzeżeniem, że podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne opłacanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ze środków budżetu państwa stanowi kwota nie wyższa niż wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę w danym roku kalendarzowym ustalona zgodnie z przepisami o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

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

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

5. Przy ustalaniu podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się wyłączeń wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz nie stosuje się ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

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

7. Podstawę wymiaru składek dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej będących w służbie kandydackiej stanowi kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia.

8. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla:

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

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

2) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16, jest kwota emerytury, renty pomniejszona o kwotę spłaty nadpłaty świadczenia, z wyłączeniem dodatków, zasiłków, świadczeń pieniężnych i ryczałtu energetycznego, ekwiwalentu pieniężnego z tytułu prawa do bezpłatnego węgla oraz deputatu węglowego albo kwota uposażenia pobieranego w stanie spoczynku lub uposażenia rodzinnego, kwota uposażenia pobieranego po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężnego o takim samym charakterze;

2a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16a, jest kwota rodzicielskiego świadczenia uzupełniającego;

3) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17–20, jest kwota odpowiadająca wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9c) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28b, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku dla opiekuna przysługującego na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów;

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

11) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 33, jest kwota odpowiadająca kwocie faktycznie otrzymanych alimentów, nie wyższa jednak od wysokości specjalnego zasiłku opiekuńczego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
12) (uchylony)
13) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium.

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

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

11. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:
1) sposób i tryb ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, ich domowników oraz osób pobierających emeryturę lub rentę rolniczą, uwzględniając sposób ustalenia podstaw wymiaru składki w przypadku nieterminowego ustalenia dochodu będącego podstawą wymiaru składki;
2) sposób dokonywania wpłat składek na ubezpieczenie zdrowotne przez rolników, uwzględniając konieczność identyfikacji rolnika dokonującego wpłat;
3) sposób i tryb ustalania wysokości składki w przypadku zmian mających wpływ na podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu, uwzględniając specyfikę działalności prowadzonej w zakresie działów specjalnych.

Art. 82. 1. W przypadku gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1, składka na ubezpieczenie zdrowotne opłacana jest z każdego z tych tytułów odrębnie.

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

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

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

4a. Przepisy ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio do osób, o których mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców.

5. Rodzajami działalności są:

1) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki cywilnej;
2) działalność gospodarcza prowadzona w formie jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością;
3) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki jawnej;
4) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki komandytowej;
5) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki partnerskiej;
6) wykonywanie działalności twórczej lub artystycznej jako twórca lub artysta;
7) wykonywanie wolnego zawodu w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne;
8) wykonywanie wolnego zawodu, z którego przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;

9) inna niż określona w pkt 1–8 pozarolnicza działalność gospodarcza prowadzona na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

6. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, składka finansowana z budżetu państwa jest opłacana tylko wtedy, gdy nie ma innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. W takim przypadku ubezpieczony ma obowiązek poinformować płatnika składek o opłacaniu składek z innego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

7. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, gdy w ramach każdego z tych tytułów składka finansowana jest z budżetu państwa, składka jest opłacana wyłącznie z tytułu, który powstał najwcześniej. Jeżeli tytuły powstały równocześnie, składka jest opłacana z pierwszego zgłoszonego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

8. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę, której świadczenie emerytalne lub rentowe nie przekracza miesięcznie kwoty minimalnego wynagrodzenia, od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, lub tytułu, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1a, w przypadku gdy osoba ta:

1) uzyskuje dodatkowe przychody z tego tytułu w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
2) opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.

9. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę zaliczoną do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, lub tytułu, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1a, w przypadku gdy osoba ta:

1) uzyskuje przychody z tego tytułu w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
2) opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.

9a. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę, której zasiłek macierzyński nie przekracza miesięcznie kwoty świadczenia rodzicielskiego, o którym mowa w przepisach o świadczeniach rodzinnych, od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, lub tytułu, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1a.

10. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana w wysokości nieprzekraczającej kwoty należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, w przypadku gdy osoba zaliczona do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności uzyskuje przychód jedynie z tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. c, lub tytułu, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1a.

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

1) art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a albo
2) art. 66 ust. 1 pkt 16

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

Art. 83. 1. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 85 ust. 1–13, zgodnie z przepisami art. 79 i 81 jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.[12)]), składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.

2. W przypadku nieobliczania zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych przez płatnika, od przychodów stanowiących podstawę wymiaru składki, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.

2a. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona od przychodu wolnego od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 148 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, którą płatnik obliczyłby, gdyby przychód ubezpieczonego nie był zwolniony od podatku dochodowego na podstawie tego przepisu, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.

[12)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1540, 1552, 1629, 1669, 1693, 2073, 2126, 2159, 2192, 2193, 2215, 2242, 2244, 2245, 2246, 2429 i 2529 oraz z 2019 r. poz. 29, 271, 303, 752 i 1018.

3. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:

1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 23c, 46 i 148 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek,
2) przychód członka służby zagranicznej wykonującego obowiązki służbowe w placówce zagranicznej, z wyłączeniem dodatku zagranicznego i innych świadczeń przysługujących tym osobom,
3) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 74 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16,
4) przychód ubezpieczonego zwolniony od podatku na podstawie umów o unikaniu podwójnego opodatkowania lub innych umów międzynarodowych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 i 16,
5) inny niż wymieniony w pkt 4 przychód ubezpieczonego, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych na podstawie art. 32 ust. 6 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
6) przychód z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub przychód z tytułu pełnienia funkcji członka rady nadzorczej, od którego, na mocy przepisów ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, pobiera się zryczałtowany podatek dochodowy

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

Art. 84. 1. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, z zastrzeżeniem art. 84a–86.

2. W przypadku gdy wypłata przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne jest dokonywana przez komornika, składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca ubezpieczony bezpośrednio na rachunek bankowy wskazany przez właściwy oddział wojewódzki Funduszu.

3. Przy opłacaniu składki na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczony wymieniony w ust. 2 podaje:

1) nazwisko i imię;
2) adres zamieszkania;
3) numer PESEL, a w przypadku jego nienadania – numer i serię innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego wymienionego w ust. 2 lub numer dokumentu potwierdzającego jego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
4) okres, którego dotyczy składka na ubezpieczenie zdrowotne.

Art. 84a. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 80 ust. 1a, w gospodarstwach rolnych o powierzchni od 6 hektarów przeliczeniowych użytków rolnych, przyjętych dla celów ustalenia wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne rolników, oraz składkę, o której mowa w art. 80 ust. 3a, opłaca rolnik.

Art. 85. 1. Za osobę pozostającą w stosunku pracy, w stosunku służbowym albo odbywającą służbę zastępczą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza pracodawca, a w razie wypłaty świadczeń pracowniczych z *Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych*[13)], o których mowa w *ustawie z dnia 29 grudnia 1993 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 2002 r. poz. 85, z późn. zm.*[14)])[15)] – podmiot obowiązany do wypłaty tych świadczeń.

2. Za osobę pobierającą świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot, który wypłaca to świadczenie.

3. Za funkcjonariuszy, o których mowa w art. 81 ust. 7, składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza odpowiednio szkoła Państwowej Straży Pożarnej albo uczelnia Służby Więziennej.

4. Za osobę wykonującą pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej lub innej umowy o świadczenie usług oraz za osobę z nią współpracującą składkę jako

---

13) Obecnie Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych w rozumieniu ustawy z dnia 13 lipca 2006 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1433 i 2192 oraz z 2019 r. poz. 622), która weszła w życie z dniem 1 października 2006 r.; na podstawie art. 48 ust. 2 tej ustawy.

14) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. poz. 1088, 1287 i 1673, z 2003 r. poz. 2037 i 2271, z 2004 r. poz. 1264 i 2703 oraz z 2005 r. poz. 1110.

15) Obecnie ustawie, o której mowa w odnośniku 13; na podstawie art. 48 ust. 1 tej ustawy.

płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza zamawiający, z zastrzeżeniem art. 86 ust. 1 pkt 13a.

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

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

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

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

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

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

10. Za osobę pobierającą zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego i odprowadza jednostka

organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

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

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

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

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

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

14a. Za osobę współpracującą z osobą, o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, składkę oblicza, odprowadza i finansuje ze środków własnych osoba, o której mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców.

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

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

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

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

18. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, korzystającą ze świadczenia określonego w art. 41a ust. 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o Krajowej Szkole Sądownictwa i Prokuratury (Dz. U. z 2019 r. poz. 1042), składkę jako płatnik oblicza,

pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury.

Art. 86. 1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

1) (uchylony)
2) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2, opłaca się z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej;
3) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 4, opłaca się z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
4) dzieci, uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17 i 18, przebywających w placówce pełniącej funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze, opiekuńcze lub lecznicze lub w domu pomocy społecznej opłaca placówka lub dom, a uczniów i słuchaczy nieprzebywających w takiej placówce lub domu, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, opłaca szkoła lub zakład kształcenia nauczycieli, do którego uczeń lub słuchacz uczęszcza;
5) dzieci, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 19, opłaca ośrodek pomocy społecznej;
6) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 20, opłaca uczelnia lub podmiot prowadzący szkołę doktorską, w których osoby te odbywają kształcenie;
7) bezrobotnych niepobierających zasiłku lub stypendium oraz osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, z przyczyn określonych w *art. 27 ust. 1 pkt 3–6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu*[10)], opłaca właściwy urząd pracy;
8) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 26, opłaca ośrodek pomocy społecznej;
9) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28–28b, opłaca wójt, burmistrz lub prezydent miasta;
10) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, opłaca powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji;
11) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 29 i 30, opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub kierujący do uczestnictwa w zajęciach w centrum integracji społecznej lub ośrodek pomocy społecznej realizujący kontrakt socjalny w wyniku

zastosowania procedury, o której mowa w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

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

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

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

14) osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1 i 4, jeżeli zostały uznane za osoby pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadają ważną Kartę Polaka, opłaca uczelnia lub podmiot prowadzący szkołę doktorską, w których osoby te odbywają lub będą odbywać kształcenie;

15) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, niekorzystających ze świadczenia określonego w art. 41a ust. 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o Krajowej Szkole Sądownictwa i Prokuratury, opłaca Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury;

16) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, oraz domowników rolników, którzy prowadzą działalność w zakresie działów specjalnych i dodatkowo w gospodarstwie rolnym, z wyłączeniem rolników prowadzących działalność wyłącznie w zakresie działów specjalnych i ich domowników oraz rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych i dodatkowo w gospodarstwie rolnym, w gospodarstwach rolnych o powierzchni poniżej 6 hektarów przeliczeniowych użytków rolnych, przyjętych dla celów ustalenia wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne rolników, opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

2. Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2–15, a także osób, którym przyznano renty na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz członków ich rodzin, jak również osób, które utraciły wzrok w wyniku działań wojennych w latach 1939–1945 lub eksplozji niewypałów i niewybuchów pozostałych po tych działaniach, otrzymujących dochody

z tytułu emerytury lub renty zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych na podstawie odrębnych przepisów, są finansowane z budżetu państwa.

2a. (uchylony)

2b. Z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, oraz domowników rolników, którzy prowadzą działalność w zakresie działów specjalnych i dodatkowo w gospodarstwie rolnym, z wyłączeniem rolników prowadzących działalność wyłącznie w zakresie działów specjalnych i ich domowników oraz rolników prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych i dodatkowo w gospodarstwie rolnym, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje do Funduszu miesięcznie 155 167 tys. zł. Kwota przekazywana Funduszowi w danym miesiącu obejmuje składki na ubezpieczenie zdrowotne pobrane od rolników na podstawie art. 84a w poprzednim miesiącu wraz z pobranymi odsetkami.

3. Środki z budżetu państwa na składki wymienione w ust. 1 pkt 4 i 7 otrzymują jednostki samorządu terytorialnego jako dotacje celowe na zadania z zakresu administracji rządowej.

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

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

6. Składka na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i ba, 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.

7. W celu opłacenia przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego składki zdrowotnej za pomocnika rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, rolnik jest obowiązany, bez uprzedniego wezwania, przekazać środki z tytułu tej składki za dany miesiąc w terminie do 15. dnia następnego miesiąca.

Art. 87. 1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 80 ust. 2, art. 84, art. 85 i art. 86, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić i rozliczyć

składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianych dla składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli do tych osób i jednostek nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym – w terminie do 15. dnia następnego miesiąca.

1a. Rolnicy, o których mowa w art. 84a, są obowiązani opłacać, bez uprzedniego wezwania, składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdą osobę podlegającą ubezpieczeniu, za każdy miesiąc, kwartalnie – w terminach określonych dla składek na ubezpieczenie społeczne rolników.

1b. Składka na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur i rent rolniczych wypłacanych raz na kwartał jest odprowadzana w całości w terminie do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym świadczenie zostało wypłacone.

2. W przypadku rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur, rent, nauczycielskich świadczeń kompensacyjnych, zasiłków przedemerytalnych i świadczeń przedemerytalnych oraz świadczeń pieniężnych dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych:

1) nie przekazuje imiennych raportów miesięcznych;
2) wykazuje składki w odrębnej deklaracji rozliczeniowej.

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

4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

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

4a. Składka osób prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych na wspólny rachunek jest ewidencjonowana na indywidualnych kontach tych osób w wysokości proporcjonalnej do ich udziału w prowadzonej produkcji. W przypadku braku określenia wielkości udziałów przyjmuje się, że są one równe.

4b. Ewidencjonowanie składki małżonków prowadzących działalność w zakresie działów specjalnych następuje w równych częściach.

4c. Przepisy ust. 4a i 4b nie dotyczą ubezpieczonych, którzy odrębnie deklarują kwotę dochodu z działów specjalnych.

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

6. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne i należności pochodne od składek niezwłocznie do centrali Funduszu, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich wpływu na rachunek, o którym mowa w art. 47 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

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

8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, przekazują nieodpłatnie centrali Funduszu lub oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, na ich wniosek, dane związane z:

1) ustaleniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji;

2) potwierdzaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie członkowskim UE lub EFTA zgodnie z przepisami o koordynacji, dotyczące:
   a) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy,
   b) nazwy, rodzaju lub kategorii choroby zawodowej oraz stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku tej choroby,
   c) wypłacenia zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu wypadku przy pracy oraz przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, a także okresu, za który zostały wypłacone,
   d) uznania zdarzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego za wypadek przy pracy.

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

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

10. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu sprawozdanie zawierające informacje, w podziale na poszczególnych ubezpieczonych, o należnej składce z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, podane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1, i w imiennych raportach miesięcznych, za dany kwartał, nie później niż do ostatniego dnia drugiego miesiąca następującego po tym kwartale.

10a. Organ prowadzący rejestr PESEL udostępnia centrali Funduszu za pomocą środków komunikacji elektronicznej:

1) nowo nadane numery PESEL i odpowiadające im imiona, nazwiska i nazwiska rodowe oraz wskazanie rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość danej osoby;
2) numery PESEL dzieci i ich rodziców, których dane są gromadzone w rejestrze PESEL – jeżeli są dostępne;
3) numery PESEL i odpowiadające im imiona, nazwiska i nazwiska rodowe osób, których zgon został zgłoszony;
4) informacje o zmianie danych, o których mowa w pkt 1–3.

10b. Organ prowadzący rejestr PESEL i Fundusz uzgadniają format udostępnianych danych, o których mowa w ust. 10a.

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

10d. Zakres danych dotyczących wszystkich osób posiadających prawo do zasiłku, o których mowa w art. 67 ust. 6, i wszystkich osób, które złożyły wniosek o emeryturę lub rentę, o których mowa w art. 67 ust. 7, obejmuje dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7 i 9, tytuł uprawnienia oraz datę odpowiednio powstania i ustania prawa do zasiłku albo datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę, a w przypadku osób, o których mowa w art. 67 ust. 6 – także okres, na który przyznano prawo do zasiłku, określony w decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

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

10f. Organ emerytalny właściwy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2019 r. poz. 289 i 730) oraz ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej i Służby

Więziennej oraz ich rodzin[16)] (Dz. U. z 2019 r. poz. 288 i 730) wydaje osobie, która złożyła wniosek o emeryturę lub rentę, zaświadczenie potwierdzające złożenie wniosku oraz przekazuje niezwłocznie kopię tego zaświadczenia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.

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

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

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

<Art. 87a. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje do centrali Funduszu nieodpłatnie, w postaci elektronicznej, dane:

Dodany art. 87a wejdzie w życie z dn. 30.09.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590).

[16)] Obecnie tytuł ustawy brzmi o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celno-Skarbowej i Służby Więziennej oraz ich rodzin, na podstawie art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 11 maja 2017 r. o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1321), która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2018 r., oraz art. 266 pkt 1 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 138), która weszła w życie z dniem 1 lutego 2018 r.

1) osób, którym wypłacono zasiłek chorobowy z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa albo z ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych albo zasiłek opiekuńczy z tytułu konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa obejmujące:

a) numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

b) informacje o rodzaju wypłaconego świadczenia,

2) osób pobierających rentę z tytułu niezdolności do pracy obejmujące:

a) numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

b) symbol renty,

c) informację, czy renta jest stała czy okresowa,

3) numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, osób, którym przyznano jednorazowe odszkodowanie z ubezpieczenia społecznego z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych,

4) osób skierowanych na rehabilitację leczniczą w ramach prewencji rentowej obejmujące:

a) numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

b) rodzaj schorzenia uzasadniającego skierowanie na rehabilitację leczniczą oraz schorzenia współistniejącego, jeżeli takie zostało wskazane w orzeczeniu lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o potrzebie rehabilitacji leczniczej, ustalonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,

c) okres rehabilitacji leczniczej,

5) osób, którym na podstawie art. 23 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1205) przyznano świadczenia zdrowotne

z zakresu stomatologii, szczepień ochronnych lub wyrobów medycznych obejmujące:

a) numer PESEL, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

b) informację, z jakiego zakresu jest świadczenie,

c) wysokość świadczenia

– w celu monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne, a także dokonywania analiz przepływu środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Dane, o których mowa w ust. 1, Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje do dnia 30 kwietnia danego roku za poprzedni rok kalendarzowy.

3. Dane, o których mowa w ust. 1 pkt 2, Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje według stanu na dzień 31 grudnia poprzedniego roku kalendarzowego.

4. Dane, o których mowa w ust. 1, Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje także na wniosek centrali Funduszu, zawierający numer PESEL osoby, której dane dotyczą, a w razie gdy nie nadano numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby, w terminie 10 dni od dnia otrzymania wniosku, według stanu na dzień złożenia wniosku.

5. Centrala Funduszu jest obowiązana do udostępniania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia danych, o których mowa w ust. 1, w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.>

Art. 88. Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,20% kwoty tej części składek przekazanych do centrali Funduszu, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego) również w zakresie wysokości wpłat.

Art. 89. Od kwoty nieprzekazanych w terminie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami Prezes Funduszu

pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

Art. 90. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przeprowadzają kontrolę wykonywania obowiązków płatników w zakresie zgłoszenia ubezpieczonych do Funduszu i opłacania składki.

2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może zobowiązać Zakład Ubezpieczeń Społecznych do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, określając jednocześnie jej zakres przedmiotowy i podmiotowy.

2a. Minister właściwy do spraw rozwoju wsi, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może zobowiązać Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, określając jednocześnie jej zakres przedmiotowy i podmiotowy.

3. Do zakresu kontroli, o której mowa w ust. 1, należy kontrola rzetelności:

1) zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych tym ubezpieczeniem;
2) deklarowanych podstaw obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne, prawidłowości obliczania, opłacania i odprowadzania składki.

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

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

Art. 91. 1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego comiesięcznie przekazują ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje dotyczące wysokości wpłat z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne i środków przekazanych z tego tytułu do Funduszu.

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

Art. 92. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób:

1) ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 5–8 i 8b–13, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostką,
2) zgłaszania i wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, i członków ich rodzin, oraz przekazywania składek na ubezpieczenie zdrowotne

– mając na uwadze względy obronności państwa.

Art. 93. 1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz należności z tytułu odsetek za zwłokę nieopłacone w terminie podlegają ściągnięciu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

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

Art. 94. 1. Zwrot nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne następuje na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

2. (uchylony)

3. Od nienależnie pobranej emerytury, renty, zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego albo świadczenia pieniężnego dla cywilnych ofiar wojny składka na ubezpieczenie zdrowotne nie podlega zwrotowi.

Art. 95. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu:
1) od podatku dochodowego od osób fizycznych – na zasadach określonych w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych;
2) od ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, karty podatkowej oraz zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych – na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 43).

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

DZIAŁ IVA

Ocena potrzeb zdrowotnych

Art. 95a. 1. Dla obszaru województwa sporządza się regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „Mapą Regionalną”, uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych.

2. Mapę Regionalną dla danego województwa sporządza właściwy wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych, o której mowa w art. 95b.

3. Mapę Regionalną sporządza się raz na 5 lat.

4. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny przygotowuje projekt Mapy Regionalnej, w szczególności na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oraz przekazuje go właściwemu wojewodzie w terminie do dnia 15 października roku poprzedzającego o 1 rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania Mapy Regionalnej.

5. Wojewoda na podstawie projektu, o którym mowa w ust. 4, sporządza Mapę Regionalną i przekazuje ją do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w terminie do dnia 1 lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania Mapy Regionalnej.

6. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny na podstawie Map Regionalnych sporządza Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej „Mapą Ogólnopolską”.

7. Mapę Ogólnopolską i Mapy Regionalne, zwane dalej „mapami”, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do zatwierdzenia do dnia 1 kwietnia roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza mapy w terminie do dnia 1 czerwca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map. Przed zatwierdzeniem minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmian map.

9. Zatwierdzone mapy są publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz urzędów obsługujących wojewodów.

10. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny monitoruje aktualność map. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy

Zakład Higieny przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia corocznie do dnia 30 czerwca wyniki monitorowania map za rok poprzedni.

10a. Minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmiany map na podstawie informacji otrzymanych w wyniku monitorowania, o którym mowa w ust. 10, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania tych informacji.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres treści map, kierując się potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych.

Art. 95b. 1. Tworzy się Wojewódzką Radę do spraw Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej „Wojewódzką Radą". W skład Wojewódzkiej Rady wchodzą konsultanci wojewódzcy oraz ośmiu członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym:

1) jeden przedstawiciel wojewody;
2) jeden przedstawiciel marszałka województwa;
3) jeden przedstawiciel dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
4) jeden przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;
5) jeden przedstawiciel wojewódzkiego Urzędu Statystycznego;
6) jeden przedstawiciel szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa;
7) jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa;
8) jeden przedstawiciel reprezentatywnych organizacji pracodawców.

2. Pracami Wojewódzkiej Rady kieruje przedstawiciel wojewody, jako jej przewodniczący.

3. Obsługę organizacyjną Wojewódzkiej Rady zapewnia urząd obsługujący wojewodę.

4. Wojewódzka Rada działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

5. Podmioty określone w ust. 1 pkt 3–5 oraz Główny Urząd Statystyczny przekazują nieodpłatnie, na wniosek wojewody, dane niezbędne do sporządzenia Mapy Regionalnej, w terminie 14 dni.

Art. 95c. 1. Na podstawie Mapy Regionalnej wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, w terminie do dnia 1 września roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych

priorytetów, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych najwyższej wartości. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się Mapę Regionalną.

2. Wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą dokonuje aktualizacji priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej w przypadku zmiany Mapy Regionalnej, o której mowa w art. 95a ust. 10a, w terminie 2 miesięcy od dnia dokonania tej zmiany.

Art. 95d. 1. Wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, zwany dalej „organem wydającym opinię", wydaje opinię o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

1a. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w ust. 1, dotyczy inwestycji, której części tworzą komplementarną całość i są niezbędne do prawidłowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w objętych wnioskiem dziedzinach medycyny.

1b. Przez inną inwestycję, o której mowa w ust. 1, rozumie się roboty budowlane w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2018 r. poz. 1202, z późn. zm.[17)]) lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią główny cel tej inwestycji.

1c. Zmiana adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub połączenie, podział albo przekształcenie spółek, o których mowa w art. 1 § 2 ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 505), lub spółki, o której mowa w art. 860 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, stanowiące podstawę zmiany wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, nie stanowi inwestycji, o której mowa w ust. 1, jeżeli jej głównym celem nie była budowa, przebudowa obiektu lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego i nie wpływa na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

1d. Przepisów ust. 1–1c nie stosuje się w przypadku inwestycji:

1) która ma być sfinansowana lub współfinansowana z dotacji w wysokości nie wyższej niż 1 mln zł uzyskanej przez podmiot leczniczy od podmiotu

[17)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1276, 1496, 1669 i 2245 oraz z 2019 r. poz. 51, 630, 695 i 730.

tworzącego, którym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych;

2) bez względu na jej wartość, która ma być realizowana na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa.

1e. Odpowiednio Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, rozstrzyga, czy inwestycja ma być realizowana na potrzeby określone w ust. 1d pkt 2.

2. Opinii, o której mowa w ust. 1, nie wydaje się w odniesieniu do:

1) szpitalnego oddziału ratunkowego;
2) szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci;
3) centrum urazowego;
4) centrum urazowego dla dzieci;
5) podmiotu leczniczego prowadzonego w formie jednostki budżetowej lub jednostki wojskowej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia jest organem wydającym opinię, o której mowa w ust. 1, w przypadku gdy podmiotem wnioskującym, o którym mowa w art. 95e ust. 1, jest:

1) podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia;
2) podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
3) instytut badawczy, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2018 r. poz. 736 i 1669 oraz z 2019 r. poz. 534), w zakresie, w jakim wykonuje działalność leczniczą;
4) podmiot powstały z przekształcenia podmiotu leczniczego albo instytutu badawczego, o którym mowa w pkt 1–3;
5) wojewoda, jeżeli jest podmiotem zamierzającym wykonywać działalność leczniczą;
6) uczelnia medyczna, jeżeli jest podmiotem zamierzającym wykonywać działalność leczniczą.

4. Do określenia wartości inwestycji, o których mowa w ust. 1, zalicza się następujące rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów:

1) przygotowania do realizacji inwestycji budowlanej oraz innych zmian w obiekcie budowlanym, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane, zwanym dalej „obiektem budowlanym”, wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską, oraz zakupu obiektu budowlanego, w szczególności opracowania dokumentacji projektowej, zakupu i przygotowania gruntu pod budowę oraz ekspertyz, świadectw, operatów, studiów, pomiarów geodezyjnych i prac geologicznych oraz prac archeologicznych, dotyczących inwestycji budowlanej;
2) realizacji inwestycji budowlanej oraz innych zmian w obiekcie budowlanym wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską;
3) zakupu obiektu budowlanego;
4) zakupu lub wytworzenia we własnym zakresie środka trwałego, z wyjątkiem tego, którego wartość początkowa nie przekracza kwoty określonej w art. 16f ust. 3 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 865 i 1018), z zastrzeżeniem pkt 5;
5) zakupu lub wytworzenia we własnym zakresie środka trwałego bez względu na jego wartość oraz innych przedmiotów, jeżeli są pierwszym wyposażeniem obiektów budowlanych;
6) transportu i montażu oraz inne koszty ponoszone w celu przekazania środka trwałego do używania;
7) zmiany w środkach trwałych powodującej ich ulepszenie w rozumieniu przepisów o rachunkowości;
8) zakupu wartości niematerialnej i prawnej, jeżeli:
   a) jej wartość początkowa jest wyższa od kwoty określonej w art. 16f ust. 3 ustawy wymienionej w pkt 4,
   b) jest pierwszym wyposażeniem obiektu budowlanego – bez względu na jego wartość;
9) innych, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów podlegają finansowaniu lub dofinansowaniu ze środków budżetu państwa przeznaczonych na inwestycje.

Art. 95e. 1. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się na wniosek podmiotu:
1) wykonującego działalność leczniczą,
2) zamierzającego wykonywać działalność leczniczą,
3) zamierzającego utworzyć podmiot leczniczy

– zwanego dalej „podmiotem wnioskującym”.

2. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, składa się do organu wydającego opinię w postaci papierowej lub elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.

3. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawiera:

1) oznaczenie organu wydającego opinię;
2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
3) oznaczenie siedziby albo adresu zamieszkania, albo adresu podmiotu wnioskującego;
4) wskazanie typu inwestycji: utworzenie nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji;
5) opis inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawierający:
   a) zakres rzeczowy inwestycji,
   b) uzasadnienie celowości inwestycji,
   c) okres realizacji inwestycji,
   d) wskazanie miejsca realizacji inwestycji,
   e) źródła finansowania inwestycji oraz rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów, o których mowa w art. 95d ust. 4, a w przypadku inwestycji budowlanej – również jej szacunkową wartość w podziale na grupy kosztów,
   f) inne informacje dotyczące inwestycji;

5a) w przypadku inwestycji dotyczącej więcej niż jednej lekarskiej dziedziny medycyny wymienionej w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – informacje o częściach inwestycji, służących udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych dziedzin medycyny, oraz ich szacowaną wartość;

6) wypełniony formularz określony w przepisach wydanych na podstawie art. 95h ust. 1, w przypadku tworzenia nowego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji

skutkującej zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, wraz z jego numerem wygenerowanym za pośrednictwem systemu IOWISZ nie wcześniej niż w terminie miesiąca przed dniem złożenia wniosku;

6a) wypełniony formularz określony w przepisach wydanych na podstawie art. 95h ust. 2, w przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, wraz z jego numerem wygenerowanym za pośrednictwem systemu IOWISZ nie wcześniej niż w terminie miesiąca przed dniem złożenia wniosku;

7) wskazanie planowanego terminu rozpoczęcia realizacji inwestycji, jeżeli dotyczy;

8) oświadczenie, o którym mowa w ust. 4;

9) datę jego sporządzenia;

10) podpis osoby upoważnionej do jego złożenia.

4. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Podmiot wnioskujący jest obowiązany do złożenia oświadczenia o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

5. Do wniosku dołącza się oryginał lub kopię dokumentu poświadczającego upoważnienie osoby określonej w ust. 3 pkt 10 do działania w imieniu podmiotu wnioskującego.

6. Złożenie wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, podlega opłacie:

1) w przypadku inwestycji o wartości poniżej 1 000 000 zł – w wysokości 2000 zł;

2) w przypadku inwestycji o wartości co najmniej 1 000 000 zł:

   a) jeżeli dotyczy jednej dziedziny medycyny – w wysokości 4000 zł,

   b) jeżeli dotyczy kilku dziedzin medycyny – w wysokości określonej w lit. a, powiększonej o 1000 zł za każdą kolejną dziedzinę medycyny.

7. Opłata, o której mowa w ust. 6, stanowi dochód budżetu państwa. Potwierdzenie wniesienia opłaty dołącza się do wniosku.

Art. 95f. 1. Wnioski o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, są rozpatrywane według kolejności ich wpływu.

2. Organ wydający opinię sprawdza kompletność wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1. W przypadku braków formalnych wniosku organ wzywa do ich uzupełnienia w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, bez rozpatrzenia.

3. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się wyłącznie na podstawie:

1) informacji przedstawionych we wniosku;
2) priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;
3) danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
4) Mapy Regionalnej albo Mapy Ogólnopolskiej;
5) opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda;
6) opinii Prezesa Funduszu – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia;
7) informacji przedstawionych w innych, złożonych wcześniej wnioskach, o których mowa w art. 95e ust. 1, oraz wydanych opiniach, o których mowa w art. 95d ust. 1, w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację map oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c.

4. W terminie 7 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, organ wydający opinię przekazuje, za pośrednictwem systemu IOWISZ, wypełniony przez podmiot wnioskujący formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia do zaopiniowania:

1) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda;
2) Prezesowi Funduszu – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Podmioty określone w ust. 4 wydają opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 5 i 6, w terminie 14 dni od dnia doręczenia, za pośrednictwem systemu IOWISZ, wniosku Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Opinie te przekazuje się odpowiednio wojewodzie albo ministrowi właściwemu do spraw zdrowia za pośrednictwem systemu IOWISZ.

6. Opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 5 i 6, wydaje się na formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia na podstawie danych zawartych we wniosku, uwzględniając:

1) priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;
2) dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
3) Mapę Regionalną – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, a inwestycja, której dotyczy wniosek, zaspokaja wyłącznie potrzeby zdrowotne o charakterze lokalnym;
4) Mapę Ogólnopolską – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia, a wniosek dotyczy inwestycji innej niż określona w pkt 3.

7. W przypadku awarii systemu IOWISZ trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie czynności, o których mowa w ust. 4–6, termin określony odpowiednio w ust. 4 albo 5 przedłuża się o czas trwania awarii.

8. Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, nie może być wyższa niż 50% maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. W przypadku uzyskania liczby punktów mniejszej niż minimalna wydaje się opinię negatywną.

9. Podmiot wnioskujący, organ wydający opinię, Prezes Funduszu i dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, każdy w zakresie swojej właściwości, wypełniają, za pośrednictwem systemu IOWISZ, formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, dokonując oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, przez przyznanie punktów za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz uzasadnienie tej oceny. Organ wydający opinię, Prezes Funduszu i dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządzają uzasadnienie wyłącznie w przypadku, gdy proponowana ocena lub uzasadnienie oceny danego kryterium jest inna niż przedstawiona przez podmiot wnioskujący w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

Art. 95g. 1. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się w terminie 45 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o jej wydanie.

2. Opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawiera:
1) oznaczenie organu wydającego opinię;
2) określenie daty i miejsca jej wydania;
3) znak opinii;
4) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w

przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;

5) określenie, czy opinia jest pozytywna czy negatywna;

6) całkowity wynik punktowy obliczony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 95h;

7) wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych przez odpowiednio organ wydający opinię, Prezesa Funduszu albo dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz ich uzasadnienie;

8) pouczenie o możliwości wniesienia protestu do ministra właściwego do spraw zdrowia zawierające wskazanie terminu wniesienia protestu, a także formy i trybu jego wniesienia – w przypadku opinii negatywnej;

9) podpis z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego osoby upoważnionej do wydania opinii lub, jeżeli ta opinia została wydana w formie dokumentu elektronicznego – kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty.

Art. 95h. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów,

2) sposób obliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, w tym sposób obliczania tego wyniku przez każdy z podmiotów określonych w art. 95f ust. 9,

3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1

− mając na celu uwzględnienie w opinii map i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c, zapewnienie jednolitości wniosków, porównywalnej i spójnej metodyki dokonywania oceny celowości inwestycji i jej przejrzystości oraz jej zbieżności z potrzebami istotnymi z punktu widzenia ochrony zdrowia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów,
2) sposób obliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, w tym sposób obliczania tego wyniku przez każdy z podmiotów określonych w art. 95f ust. 9,
3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1

– mając na celu uwzględnienie w opinii map i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c, zapewnienie jednolitości wniosków, porównywalnej i spójnej metodyki dokonywania oceny celowości inwestycji i jej przejrzystości oraz jej zbieżności z potrzebami istotnymi z punktu widzenia ochrony zdrowia.

Art. 95i. 1. W przypadku gdy opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, jest negatywna, podmiotowi wnioskującemu przysługuje środek odwoławczy w postaci protestu.

2. Protest wnosi się do ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia doręczenia opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1. W przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda, protest wnosi się za jego pośrednictwem.

3. Protest wnosi się w postaci papierowej lub elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. Protest zawiera:

1) oznaczenie organu, do którego wnosi się protest;
2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
3) oznaczenie siedziby albo adresu zamieszkania, albo adresu podmiotu wnioskującego;
4) znak opinii, od której protest jest wnoszony, oznaczenie organu wydającego opinię oraz datę i miejsce wydania opinii;

5) wskazanie kryterium, z oceną spełniania którego podmiot wnoszący protest się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem;
6) oświadczenie, o którym mowa w ust. 4;
7) podpis osoby upoważnionej do wniesienia protestu.

4. Protest składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Podmiot wnoszący protest jest obowiązany do złożenia oświadczenia o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

5. Do protestu dołącza się oryginał lub kopię dokumentu poświadczającego upoważnienie osoby określonej w ust. 3 pkt 7 do działania w imieniu podmiotu wnoszącego protest.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje protest w terminie 30 dni od dnia jego doręczenia.

6a. W opinii w sprawie protestu minister właściwy do spraw zdrowia weryfikuje prawidłowość oceny wniosku o ocenę celowości inwestycji w zakresie objętym złożonym wnioskiem.

7. W wyniku rozpatrzenia protestu minister właściwy do spraw zdrowia wydaje opinię w sprawie protestu, za pośrednictwem systemu IOWISZ, przyznając punkty za spełnienie poszczególnych kryteriów oraz uzasadniając ich liczbę na podstawie:
1) informacji przedstawionych przez podmiot wnioskujący;
2) uzasadnienia zawartego w proteście;
3) właściwej mapy;
4) priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;
5) danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

8. Opinia w sprawie protestu zawiera:
1) oznaczenie organu rozpatrującego protest;
2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
3) określenie daty i miejsca rozpatrzenia protestu;
4) określenie, czy protest rozpatrzono pozytywnie czy negatywnie;

5) całkowity wynik punktowy obliczony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 95h;
6) wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych za spełnienie poszczególnych kryteriów oraz ich uzasadnienie, przez podmiot wnoszący protest oraz ministra właściwego do spraw zdrowia w wyniku rozpatrzenia protestu;
7) pouczenie o możliwości wniesienia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego, w trybie i na zasadach określonych w art. 95j, zawierające wskazanie terminu wniesienia skargi;
8) podpis z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego osoby upoważnionej do wydania opinii w sprawie protestu lub, jeżeli ta opinia została wydana w formie dokumentu elektronicznego – kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty.

8a. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 zdanie drugie, wojewoda przekazuje protest ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.

8b. W terminie określonym w ust. 8a, w oparciu o przesłany protest, wojewoda może zmienić wydaną przez siebie opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, na pozytywną. W takim przypadku wojewoda nie przekazuje protestu w sposób określony w ust. 8a.

9. Protest nie podlega rozpatrzeniu, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia, o którym mowa w art. 95g ust. 2 pkt 8:
1) został wniesiony po terminie;
2) nie spełnia wymagań określonych w ust. 3 zdanie drugie.

10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, organ wydający opinię wydaje postanowienie w przedmiocie nierozpatrzenia protestu, na które służy zażalenie, do którego stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

11. Do postępowania, o którym mowa w art. 95d–95g i ust. 1–9, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzania nieważności.

Art. 95j. 1. Po wyczerpaniu postępowania odwoławczego przed ministrem właściwym do spraw zdrowia w przypadku utrzymania negatywnej opinii w sprawie

protestu podmiot, który otrzymał tę opinię, może w tym zakresie wnieść skargę do wojewódzkiego sądu administracyjnego zgodnie z art. 3 § 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2018 r. poz. 1302, z późn. zm.[18)]).

2. Skargę, o której mowa w ust. 1, wnosi się w terminie 14 dni od dnia doręczenia opinii w sprawie protestu bezpośrednio do właściwego wojewódzkiego sądu administracyjnego wraz z kompletną dokumentacją w sprawie. Skarga podlega wpisowi stałemu.

3. Do skargi, o której mowa w ust. 1, dołącza się:

1) wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1;
2) protest;
3) opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, oraz opinię w sprawie protestu.

4. Do skargi, o której mowa w ust. 1, można dołączyć załączniki zawierające informacje uzasadniające jej wniesienie.

5. Sąd rozstrzyga sprawę w zakresie, o którym mowa w ust. 1, w terminie 30 dni od dnia wniesienia skargi.

6. Wniesienie skargi, o której mowa w ust. 1, po terminie, o którym mowa w ust. 2, skutkuje pozostawieniem jej bez rozpatrzenia.

Art. 95k. 1. Podmiot, który wniósł skargę, o której mowa w art. 95j ust. 1, lub minister właściwy do spraw zdrowia może wnieść skargę kasacyjną do Naczelnego Sądu Administracyjnego w terminie 14 dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia wojewódzkiego sądu administracyjnego. Wniesienie skargi po tym terminie skutkuje pozostawieniem jej bez rozpatrzenia. Przepis art. 95j ust. 2 stosuje się odpowiednio.

2. Skarga, o której mowa w ust. 1, jest rozpatrywana w terminie 30 dni od dnia jej wniesienia.

3. Na prawo do wniesienia skargi do sądu administracyjnego nie wpływa negatywnie błędne pouczenie lub brak pouczenia, o którym mowa w art. 95i ust. 8 pkt 7.

4. W zakresie nieuregulowanym w art. 95j i ust. 1–3 do postępowania przed sądami administracyjnymi stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi określone dla aktów

[18)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1467 i 1629 oraz z 2019 r. poz. 11, 60, 848 i 934.

lub czynności, o których mowa w art. 3 § 2 pkt 4 z wyłączeniem art. 52–55, art. 61 § 3–6, art. 115–122, art. 146, art. 150 i art. 152 tej ustawy.

DZIAŁ IVB

System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 95l. 1. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „systemem zabezpieczenia”, zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

2. W ramach systemu zabezpieczenia wyróżnia się następujące poziomy:

1) szpitale I stopnia;
2) szpitale II stopnia;
3) szpitale III stopnia;
4) szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne;
5) szpitale pediatryczne;
6) szpitale ogólnopolskie.

3. Poziomy systemu zabezpieczenia są wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, w których te świadczenia są udzielane w trybie hospitalizacji określonym w tych przepisach, zwanych dalej „profilami systemu zabezpieczenia”.

4. Poziomy systemu zabezpieczenia są określane przez świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach następujących profili systemu zabezpieczenia:

1) poziom szpitali I stopnia:
   a) chirurgia ogólna,
   b) choroby wewnętrzne,
   c) położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych),
   d) neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych),
   e) pediatria;
2) poziom szpitali II stopnia:

a) chirurgia dziecięca,

b) chirurgia plastyczna, w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8,

c) kardiologia,

d) neurologia,

e) okulistyka,

f) ortopedia i traumatologia narządu ruchu,

g) otorynolaryngologia,

h) reumatologia, w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8,

i) urologia;

3) poziom szpitali III stopnia:

a) chirurgia klatki piersiowej,

b) chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,

c) chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych),

d) choroby płuc,

e) choroby płuc dla dzieci,

f) choroby zakaźne,

g) choroby zakaźne dla dzieci,

h) kardiochirurgia,

i) kardiochirurgia dla dzieci,

j) kardiologia dla dzieci,

k) nefrologia,

l) nefrologia dla dzieci,

m) neurochirurgia,

n) neurochirurgia dla dzieci,

o) neurologia dla dzieci,

p) okulistyka dla dzieci,

q) ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci,

r) otorynolaryngologia dla dzieci,

s) toksykologia kliniczna,

t) toksykologia kliniczna dla dzieci,

u) transplantologia kliniczna,

v) transplantologia kliniczna dla dzieci,

w) urologia dla dzieci;

4) poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych:

a) dla szpitali onkologicznych:
   – brachyterapia,
   – ginekologia onkologiczna,
   – chemioterapia hospitalizacja,
   – chirurgia onkologiczna,
   – chirurgia onkologiczna dla dzieci,
   – hematologia,
   – onkologia i hematologia dziecięca,
   – onkologia kliniczna,
   – radioterapia,
   – terapia izotopowa,
   – transplantologia kliniczna,
   – transplantologia kliniczna dla dzieci,
b) dla szpitali pulmonologicznych:
   – chemioterapia hospitalizacja,
   – chirurgia klatki piersiowej,
   – chirurgia klatki piersiowej dla dzieci,
   – choroby płuc,
   – choroby płuc dla dzieci;

5) poziom szpitali pediatrycznych – wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego;
6) poziom szpitali ogólnopolskich – wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego.

Art. 95m. 1. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa.

2. Kwalifikacja, o której mowa w ust. 1, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

3. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia, jeżeli spełnia łącznie następujące warunki:

1) w odniesieniu do poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–5:

a) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 i 5,

b) udziela świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia anestezjologia i intensywna terapia lub anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci (jeden z poziomów referencyjnych), na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe – w przypadku poziomów, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 2 i 3, z zastrzeżeniem ust. 9,

c) spełnia kryteria kwalifikacji do jednego z tych poziomów określone w ust. 6 albo 7 lub 8 oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 12 pkt 1,

d) do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki:

– okres trwania umowy, w zakresie profili systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,

– umowa, w odniesieniu do wszystkich profili systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia, dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d;

2) w odniesieniu do poziomu, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6:

a) jest:

– instytutem, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, albo

– podmiotem leczniczym utworzonym i prowadzonym przez uczelnię medyczną w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej albo przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra,

b) spełnia kryteria kwalifikacji do tego poziomu określone w ust. 6,

c) do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego spełniającą łącznie następujące warunki:

– okres trwania umowy wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe,

– umowa dotyczy udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d.

4. Do okresu trwania umowy, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 lit. a, b i d oraz pkt 2 lit. c, zalicza się okres obowiązywania umowy poprzedniego świadczeniodawcy, w którego prawa i obowiązki wstąpił świadczeniodawca określony w ust. 2 na podstawie ustawy lub czynności prawnej, w tym umowy przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie, o którym mowa w art. 155 ust. 5.

5. Podstawowym kryterium kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2, jest spełnianie warunku co do wymaganej liczby profili systemu zabezpieczenia określonego rodzaju wskazanych dla danego poziomu. W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej warunek ten rozpatruje się łącznie z kryterium zapewniania kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń lub zakresie świadczeń, w tym także w ramach różnych profili systemu zabezpieczenia.

6. Kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2, dokonuje się w oparciu o następującą, minimalną liczbę profili systemu zabezpieczenia określonego rodzaju:

1) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 1 – dwa profile systemu zabezpieczenia spośród wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1;

2) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 2 – sześć profili systemu zabezpieczenia spośród wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1 i 2, w tym trzy profile systemu zabezpieczenia spośród wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 2;

3) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 3 – osiem profili systemu zabezpieczenia spośród wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 1–3, w tym trzy profile systemu zabezpieczenia spośród wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 3;

4) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 4:

a) w zakresie dotyczącym szpitali onkologicznych – sześć profili systemu zabezpieczenia spośród wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. a,

b) w zakresie dotyczącym szpitali pulmonologicznych – dwa profile systemu zabezpieczenia spośród wskazanych w art. 95l ust. 4 pkt 4 lit. b;

5) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 5 – trzy profile systemu zabezpieczenia spośród profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 4 pkt 5;

6) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 6 – jeden profil systemu zabezpieczenia spośród profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 4 pkt 6.

7. W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jako kryterium kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2, może zostać ustalona mniejsza liczba profili systemu zabezpieczenia, w stosunku do liczby profili systemu zabezpieczenia wskazanej w ust. 6, nie mniejsza jednak niż:

1) dla poziomów określonych w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 – jeden profil systemu zabezpieczenia charakteryzujący dany poziom;

2) dla poziomu określonego w art. 95l ust. 2 pkt 4:

a) w zakresie dotyczącym szpitali onkologicznych – trzy profile systemu zabezpieczenia charakteryzujące ten poziom,

b) w zakresie dotyczącym szpitali pulmonologicznych – jeden profil systemu zabezpieczenia charakteryzujący ten poziom.

8. Kwalifikacja świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia w oparciu o liczbę profili systemu zabezpieczenia wskazanych w ust. 7 następuje przy jednoczesnym spełnieniu przez świadczeniodawcę co najmniej jednego z warunków dodatkowych w zakresie:

1) wartości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w danym profilu systemu zabezpieczenia;

2) zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w danym profilu systemu zabezpieczenia, na danym terenie;

3) struktury udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także w ramach profilu systemu zabezpieczenia;

4) zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w różnych zakresach świadczeń lub zakresie świadczeń, w tym także w ramach różnych profili systemu zabezpieczenia.

9. W przypadku, o którym mowa w ust. 7, możliwe jest odstąpienie od wymogu dotyczącego profilu systemu zabezpieczenia określonego w ust. 3 pkt 1 lit. b.

10. W celu zagwarantowania ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, ustala się zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy udzielają świadczeń gwarantowanych:

1) na każdym z poziomów systemu zabezpieczenia:
   a) z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowanych w poradniach przyszpitalnych, z wyjątkiem dializy otrzewnowej lub hemodializy, z zastrzeżeniem, że w przypadku porad specjalistycznych, dotyczy to porad specjalistycznych odpowiadających profilom systemu zabezpieczenia wskazanym zgodnie z ust. 12 pkt 4,
   b) z zakresu rehabilitacji leczniczej, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, realizowane w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych,
2) w przypadku poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 3 – w ramach wszystkich profili systemu zabezpieczenia, w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d

– pod warunkiem posiadania do dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w art. 95n ust. 1, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej co do świadczeń gwarantowanych wskazanych w pkt 1 i 2, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe.

11. W celu zagwarantowania ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy, w ramach poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, zapewniają świadczeniobiorcom również dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych:

1) w ramach dodatkowych profili systemu zabezpieczenia innych niż określone dla danego świadczeniodawcy na podstawie ust. 6 i 7 – dla profili systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub

2) w ramach dodatkowych zakresów lub rodzajów świadczeń innych niż określone w ust. 10.

12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia,
2) dodatkowe profile systemu zabezpieczenia, zakresy i rodzaje świadczeń, w ramach których świadczeniodawcy zakwalifikowani do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w ust. 11,
3) dodatkowe kryteria, po spełnieniu których świadczeniodawcy mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w ramach dodatkowych profili systemu zabezpieczenia, zakresów i rodzajów świadczeń, w ramach danego poziomu systemu zabezpieczenia, o których mowa w ust. 11,
4) wskazanie porad specjalistycznych odpowiadających poszczególnym profilom systemu zabezpieczenia, o których mowa w ust. 10 pkt 1 lit. a

– uwzględniając potrzebę zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, a także zapewnienie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 95n. 1. Działając na podstawie przepisów art. 95m oraz ust. 3, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza i ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, obejmujący wskazanie:

1) świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa;
2) dla każdego ze świadczeniodawców, o których mowa w pkt 1, wszystkich profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia, zgodnie z art. 95m ust. 3 pkt 1 i 2 lit. b i c, ust. 10 i 11 oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 95m ust. 12 pkt 2 i 4.

2. Wykaz, o którym mowa w ust. 1, ogłasza się dla terenu danego województwa w terminie do dnia 27 marca z okresem obowiązywania 4 lat, z zastrzeżeniem ust. 14. Wykaz obowiązuje od dnia 1 lipca.

3. W przypadku gdy wymaga tego zabezpieczenie na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej,

świadczeniodawca, który w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, dotyczącą udzielania świadczeń w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, oraz nie spełnia pozostałych warunków kwalifikacji, o których mowa w art. 95m, może zostać zakwalifikowany do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia, z wyłączeniem poziomu szpitali ogólnopolskich, przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje opinię, o której mowa w ust. 3, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. W przypadkach niezakwalifikowania do systemu zabezpieczenia, kwalifikacji do niewłaściwego poziomu systemu zabezpieczenia lub niewłaściwego wskazania profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2:

1) świadczeniodawca posiadający w dniu ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczącą udzielania świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d albo
2) świadczeniodawca, którego dotyczy wystąpienie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o wydanie opinii, o której mowa w ust. 3

– może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wykazu, o którym mowa w ust. 1, środek odwoławczy w postaci protestu.

6. Protest zawiera:

1) oznaczenie organu, do którego wnosi się protest;
2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnoszącego protest oraz jego numer KRS albo numer REGON;
3) oznaczenie siedziby podmiotu wnoszącego protest;
4) wskazanie przedmiotu protestu wraz z uzasadnieniem;
5) podpis osoby upoważnionej do wniesienia protestu.

7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protestu, decyzję o:

1) uwzględnieniu protestu oraz:

a) zakwalifikowaniu świadczeniodawcy do systemu zabezpieczenia lub
b) zmianie kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, lub
c) zmianie wskazania profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, albo

2) odmowie uwzględnienia protestu.

8. Od decyzji wydanej na podstawie ust. 7 pkt 1 i 2 świadczeniodawca może złożyć odwołanie do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia doręczenia tej decyzji. Do odwołania stosuje się odpowiednio przepisy ust. 6.

9. Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, i wydaje decyzję, w której:

1) utrzymuje w mocy zaskarżoną decyzję albo
2) uchyla zaskarżoną decyzję w całości albo w części i przekazuje ją do ponownego rozpatrzenia przez dyrektora oddziału Funduszu, albo
3) umarza postępowanie odwoławcze.

10. Protest i odwołanie nie podlegają rozpatrzeniu, jeżeli:

1) zostały wniesione po terminie,
2) nie spełniają wymagań określonych w ust. 5, 6 i 8

– o czym dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu informuje na piśmie świadczeniodawcę wnoszącego protest lub odwołanie, w terminie 7 dni od dnia wniesienia protestu albo odwołania.

11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu wydaje postanowienie w przedmiocie nierozpatrzenia protestu albo odwołania, na które służy zażalenie, do którego stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

12. Terminy, o których mowa w ust. 5 i 8, uznaje się za zachowane, pod warunkiem doręczenia przed ich upływem protestu lub odwołania niezawierającego braków formalnych do siedziby właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu lub centrali Funduszu.

13. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 7 pkt 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany wykazu, o którym mowa w ust. 1.

14. W przypadkach:

1) niezawarcia umowy, o której mowa w art. 159a, w terminie do dnia 30 czerwca albo
2) stwierdzenia niespełniania przez świadczeniodawcę kryteriów kwalifikacji do systemu zabezpieczenia lub do danego poziomu systemu zabezpieczenia po ogłoszeniu wykazu, o którym mowa w ust. 1, lub
3) niewłaściwego wskazania profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2

– dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje odpowiedniej zmiany w tym wykazie, polegającej na usunięciu świadczeniodawcy z wykazu, kwalifikacji do innego poziomu zabezpieczenia lub wskazania profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, w ramach których może on udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia.

15. Do postępowania, o którym mowa w ust. 14, przepisy ust. 5–13 stosuje się odpowiednio.

16. Do postępowania, o którym mowa w:
1) ust. 1–4, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego;
2) ust. 5–10 i 12–14, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzania nieważności.

DZIAŁ V

Narodowy Fundusz Zdrowia

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 96. 1. Tworzy się Narodowy Fundusz Zdrowia będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.

2. W skład Funduszu wchodzą:
1) centrala Funduszu;
2) oddziały wojewódzkie Funduszu.

3. Siedzibą Funduszu jest miasto stołeczne Warszawa.

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

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

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

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

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

7. Fundusz działa na podstawie ustawy i statutu.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, nadaje Funduszowi statut, określając w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu, w tym centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz siedziby tych oddziałów, mając na względzie sprawne wykonywanie zadań przez Fundusz.

Art. 97. 1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.

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

3. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:

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

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

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

2b) finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 12;

2c) finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1;

2d) organizacja wspólnych postępowań na zakup leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, w przypadku, o którym mowa w art. 132 ust. 2a, prowadzonych na podstawie przepisów o zamówieniach publicznych;

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

3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;

3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 42j;

3c) dokonywanie zwrotu kosztów w przypadku świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa, z zastrzeżeniem art. 42b ust. 2, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

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

4a) wdrażanie, finansowanie, monitorowanie i ewaluacja programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ust. 5;

4b) opracowywanie, ustalanie, wdrażanie, finansowanie, monitorowanie, ewaluacja oraz nadzór i kontrola programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ust. 7;

4c) finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie;

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

6) monitorowanie ordynacji lekarskich;

7) promocja zdrowia i profilaktyka chorób, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d;

8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;

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

<9) prowadzenie działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia, w tym promowanie Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;>

Nowe brzmienie pkt 9 w ust. 3 w art. 97 wejdzie w życie z dn. 30.09.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590).

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

11) monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień wynikających z art. 24a–24c, art. 44 ust. 1a–1c, art. 47 ust. 2 i 2a, art. 47c oraz art. 57 ust. 2 pkt 10, 12 i 13;

12) wykonywanie zadań Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, zwanego dalej „KPK”;

13) realizacja programów rządowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 2192) w zakresie wsparcia zdrowotnego osób niepełnosprawnych;

14) finansowanie zadań, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. poz. 447), przez przekazywanie środków finansowych Agencji Badań Medycznych w postaci odpisu, o którym mowa w ust. 3e;

<15) finansowanie wydawania zaświadczeń, o których mowa w art. 133 § 2b ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, oraz czynności związanych z ich wydawaniem.>

Dodany pkt 15 w ust. 3 w art. 97 wejdzie w życie z dn. 5.10.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1694).

3a. Do zadań Funduszu należy rozliczanie z instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich UE lub EFTA:

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

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

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

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

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

3d. Fundusz jest instytucją właściwą, instytucją miejsca zamieszkania, instytucją miejsca pobytu oraz instytucją łącznikową w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, w rozumieniu przepisów o koordynacji, oraz prowadzi, w centrali Funduszu, punkt kontaktowy, o którym mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, służący do wymiany danych w ramach Systemu Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

3e. W celu realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 14, Fundusz przekazuje Agencji Badań Medycznych środki finansowe w postaci odpisu w wysokości 0,3% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne na ten rok określonych w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, albo ustalonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 5, albo w trybie, o którym mowa w art. 123 ust. 3.

3f. Odpis jest przekazywany do Agencji Badań Medycznych przez Fundusz do dnia 30 stycznia roku kalendarzowego. Od kwoty nieprzekazanego przez Fundusz

w terminie odpisu dla Agencji przysługują odsetki za zwłokę, na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
2) przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu;
3) przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
4) przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy;
5) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
6) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

5. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej.

6. Fundusz nie może być właścicielem podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4, 6 i 11 w odniesieniu do podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu oraz Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 96 ust. 4.

8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na finansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2b i 2c. Dotacja nie uwzględnia kosztów administracyjnych.

8a. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych na podstawie art. 131d. W ramach tej dotacji finansuje się również zadania, o których mowa w ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b.

8b. Fundusz może otrzymywać dotację celową z budżetu państwa na finansowanie części kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 4c.

9. (uchylony)

Art. 97a. 1. W centrali Funduszu działa KPK.

2. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom z innych państw członkowskich UE lub EOG, na ich wniosek, niezbędnych informacji dotyczących:

1) praw pacjenta uregulowanych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
2) świadczeniodawców, w odniesieniu do rodzajów wykonywanej działalności leczniczej;
3) osób wykonujących zawody medyczne, w zakresie posiadania prawa do wykonywania zawodu oraz nałożonych ograniczeń w wykonywaniu tego prawa, na podstawie dostępnych rejestrów publicznych;
4) obowiązujących na podstawie przepisów prawa standardów jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz obowiązujących przepisów w zakresie oceny świadczeniodawców pod względem stosowania tych standardów i nadzoru nad świadczeniodawcami;
5) posiadanych przez dany szpital udogodnień dla osób niepełnosprawnych;
6) zasad dochodzenia roszczeń z tytułu wyrządzenia szkody lub krzywdy w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz zasad i trybu ustalania odszkodowania lub zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych, w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Informacji, o których mowa w ust. 2, KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, o ile jest to możliwe, również w innych językach urzędowych Unii Europejskiej.

4. KPK współpracuje z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działającymi w innych państwach członkowskich UE lub EOG, w szczególności w zakresie wymiany informacji, o których mowa w ust. 2.

5. Na wniosek krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich UE lub EOG KPK, we współpracy z oddziałami wojewódzkimi Funduszu, udziela niezbędnej pomocy w wyjaśnianiu zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich UE lub EOG przez polskich świadczeniodawców, apteki i dostawców wyrobów medycznych.

6. KPK kieruje do krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, działających w innych niż Rzeczpospolita Polska państwach członkowskich UE lub EOG, zapytania dotyczące zawartości rachunków i innych dokumentów wystawionych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych, apteki i dostawców wyrobów medycznych, działających na terytorium tych państw.

7. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom informacji dotyczących niezbędnych elementów recepty transgranicznej.

8. KPK zamieszcza na swojej stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu aktualne informacje o danych teleadresowych krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych państwach członkowskich UE lub EOG.

9. KPK zamieszcza na swojej stronie internetowej, na wniosek zainteresowanych podmiotów, hiperłącza do stron internetowych stowarzyszeń i fundacji działających na rzecz promocji polskiego sektora usług medycznych.

10. KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają świadczeniobiorcom oraz osobom wykonującym zawody medyczne, bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, informacji dotyczących:

1) możliwości uzyskania zwrotu kosztów przysługującego w przypadku uzyskania w innym państwie członkowskim UE lub EOG określonego świadczenia opieki zdrowotnej;
2) świadczeń opieki zdrowotnej objętych wykazem, o którym mowa w art. 42e ust. 1;
3) trybu rozpatrywania i realizacji wniosków o zwrot kosztów;
4) trybu rozpatrywania wniosków o wydanie zgody, o której mowa w art. 42b ust. 9.

11. Udzielając informacji, o których mowa w ust. 10 pkt 1, KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu dokonują wyraźnego rozróżnienia między uprawnieniami wynikającymi z art. 42b i uprawnieniami wynikającymi z przepisów o koordynacji.

12. Oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają świadczeniobiorcom, bezpośrednio lub przy użyciu dostępnych środków komunikacji, w szczególności telefonicznie, w formie pisemnej albo przy użyciu poczty elektronicznej, informacji na temat przybliżonej wysokości zwrotu kosztów przysługującego w przypadku

uzyskania w innym państwie członkowskim UE lub EOG określonego świadczenia opieki zdrowotnej.

13. Informacje, o których mowa w ust. 10 i 12, zamieszcza się także na stronach internetowych KPK i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu, z tym że informacja na temat wysokości zwrotu kosztów może ograniczać się do wybranych świadczeń gwarantowanych.

Art. 98. 1. Organami Funduszu są:

1) Rada Funduszu;
2) Prezes Funduszu;
3) rady oddziałów wojewódzkich Funduszu;
4) dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.

2. W sprawach niezastrzeżonych do zakresu zadań Rady Funduszu, rady oddziału wojewódzkiego Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu organem właściwym jest Prezes Funduszu.

3. Techniczno-organizacyjną obsługę:

1) Rady Funduszu i Prezesa Funduszu – zapewnia centrala Funduszu;
2) rady oddziału wojewódzkiego Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu – zapewnia oddział wojewódzki Funduszu.

Art. 99. 1. Rada Funduszu składa się z dziesięciu członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym:

1) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich;
2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Radę Dialogu Społecznego;
3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez organizacje pacjentów działających na rzecz praw pacjenta, zgłoszonych w terminie 14 dni od dnia publikacji na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia ogłoszenia o zamiarze powołania członka Rady Funduszu;
5) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych;

6) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
7) jednego członka wskazuje Prezes Rady Ministrów;
8) dwóch członków wskazuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Kadencja członków Rady Funduszu trwa 5 lat.

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

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

5. W skład Rady Funduszu wchodzą osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:
1) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione umyślnie;
2) posiadają wykształcenie wyższe;
3) posiadają wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady Funduszu;
4) posiadają uprawnienia konieczne do zasiadania w radach nadzorczych jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, zgodnie z odrębnymi przepisami.

6. Członkowie Rady Funduszu nie mogą być jednocześnie:
1) pracownikami Funduszu;
2) świadczeniodawcami;
3) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
4) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 2 i 3;
5) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2–8, z wyjątkiem pracowników urzędów obsługujących ministrów będących podmiotami tworzącymi.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze zarządzenia, wynagrodzenie członków Rady Funduszu, uwzględniając zakres zadań Rady.

Art. 100. 1. Do zadań Rady Funduszu należy:
1) kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;
2) uchwalanie:
   a) planu pracy Funduszu na dany rok,
   b) rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych;
3) opiniowanie:

a) projektu planu finansowego na dany rok,

b) systemu wynagradzania pracowników Funduszu;

4) przyjmowanie:

a) sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu,

b) okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu;

5) podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu, a także podejmowanie uchwał w sprawach, o których mowa w art. 129 ust. 2;

6) kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu;

6a) dokonywanie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu;

7) występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskiem o wszczęcie kontroli w zakresie, o którym mowa w art. 61a ust. 1–3;

7a) występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu;

8) wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców;

9) wyrażanie opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców.

10) (uchylony)

1a. Rada Funduszu może w drodze uchwały upoważnić Prezesa Funduszu do dokonywania zmian rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych do wysokości określonej przez Radę kwoty lub w zakresie określonym przez Radę.

2. W celu wykonania swoich obowiązków Rada może żądać od Prezesa Funduszu sprawozdań i wyjaśnień.

3. Rada Funduszu nie ma prawa wydawania Prezesowi Funduszu wiążących poleceń dotyczących bieżącej działalności Funduszu.

4. Uchwały Rady Funduszu zapadają większością głosów w obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Rady.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka Rady Funduszu przed upływem kadencji, w przypadku:

1) rezygnacji ze stanowiska;

2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach Rady Funduszu;
4) naruszenia przepisów art. 99 ust. 5 i 6;
5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.

6. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać także na podstawie wniosku podmiotu, który wnioskował o jego powołanie.

7. W przypadku odwołania członka Rady Funduszu albo jego śmierci przed upływem jego kadencji, minister właściwy do spraw zdrowia powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy art. 99 ust. 1 stosuje się odpowiednio.

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

9. Przewodniczący Rady Funduszu zaprasza do udziału w posiedzeniach Rady, w charakterze obserwatorów, przedstawicieli: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

10. Rada Funduszu w związku z zadaniem, o którym mowa w ust. 1 pkt 1:
1) może delegować swoich członków do samodzielnego wykonywania czynności kontrolnych;
2) ma wgląd we wszelkie dokumenty związane z działalnością Funduszu.

11. (uchylony)

12. Rada Funduszu wyraża opinie, o których mowa w ust. 1 pkt 8 i 9, w terminie nie dłuższym niż 14 dni. Niewyrażenie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.

Art. 101. 1. Prezes Funduszu lub co najmniej trzech członków Rady Funduszu może żądać zwołania posiedzenia Rady Funduszu, podając proponowany porządek obrad. Przewodniczący Rady Funduszu zwołuje posiedzenie nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.

2. Jeżeli przewodniczący Rady Funduszu nie zwoła posiedzenia zgodnie z ust. 1, wnioskodawca może wystąpić do ministra właściwego do spraw zdrowia z wnioskiem

o zwołanie posiedzenia, podając przyczynę, datę, miejsce i proponowany porządek obrad.

Art. 102. 1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.

2. Prezesa Funduszu powołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Funduszu po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgania opinii, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku minister właściwy do spraw zdrowia powierza kierowanie Funduszem jednemu z zastępców Prezesa Funduszu i niezwłocznie informuje o odwołaniu Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.

4. (uchylony)

5. Do zakresu działania Prezesa Funduszu w szczególności należy:

1) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;
2) efektywne i bezpieczne zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu, w tym gospodarowanie rezerwą ogólną, o której mowa w art. 118 ust. 5;
3) zaciąganie, w imieniu Funduszu, zobowiązań, w tym pożyczek i kredytów, z zastrzeżeniem art. 100 ust. 1 pkt 5;
4) przygotowywanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 3;
5) opracowywanie projektu planu finansowego Funduszu na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 2;
6) sporządzanie rocznego planu finansowego Funduszu po otrzymaniu opinii Rady Funduszu, komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej;
7) sporządzanie projektu planu pracy Funduszu;
8) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;
9) sporządzanie projektu rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na następny rok;

10) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu za dany rok oraz niezwłocznie przedkładanie go ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;
11) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu, zawierających w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu;
12) nadzorowanie rozliczeń dokonywanych w ramach wykonywania przepisów o koordynacji;
13) sporządzanie analiz i ocen na podstawie informacji, o których mowa w art. 106 ust. 10 pkt 5, przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu;
14) przedstawianie Radzie Funduszu projektu systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
15) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w centrali Funduszu;
16) występowanie z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
17) (uchylony)
18) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
19) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu – w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;
20) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu podlegających badaniu w trybie art. 163, w terminie 3 dni roboczych od dnia ich uchwalenia;
21) nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu;
21a) przeprowadzanie kontroli, o której mowa w dziale IIIA;
22) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi, organizacjami pracodawców, organizacjami świadczeniodawców oraz ubezpieczonych;
23) przekazywanie oddziałom wojewódzkim Funduszu do realizacji programów polityki zdrowotnej zleconych przez właściwego ministra;
24) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;

24a) rozpatrywanie odwołań od decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 50 ust. 18;

24b) wydawanie decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 53 ust. 2a ustawy o refundacji;

[25) ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu;]

<25) ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu z uwzględnieniem konieczności stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronizacji;>

Nowe brzmienie pkt 25 w ust. 5 w art. 102 wejdzie w życie z dn. 30.09.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590).

26) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zestawień kwot, o których mowa w art. 4 i art. 34 ustawy o refundacji;

26a) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia comiesięcznych zestawień ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych wraz z podaniem kodu identyfikacyjnego EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN, wydawanych na podstawie *[art. 43a ust. 1]* **<art. 43a ust. 1 i 1a>**, w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy zestawienie;

Zmiana w pkt 26a w ust. 5 w art. 102 wejdzie w życie z dn. 1.07.2020 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590).

27) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości informacji o wielkości kwoty refundacji wraz z procentowym wykonaniem całkowitego budżetu na refundację, o którym mowa w ustawie o refundacji;

28) gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących prawomocnych orzeczeń sądów, o których mowa w ustawie o refundacji; informacje te nie podlegają udostępnieniu;

29) gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji;

30) (uchylony)

31) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości informacji o wielkości kwoty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, wraz z podaniem kodu identyfikacyjnego EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN;

32) monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie wykonania zawartych w decyzji o objęciu refundacją instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji, oraz informowanie ministra właściwego do spraw

zdrowia w zakresie wypełnienia przez wnioskodawcę postanowień zawartych w tej decyzji;

33) realizacja zadań, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa;

34) prowadzenie i utrzymywanie elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c.

5a. Prezesowi Funduszu przysługują środki ochrony prawnej, o których mowa w art. 180–198g ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986 i 2215 oraz z 2019 r. poz. 53 i 730), w prowadzonych przez świadczeniodawców postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na zakup refundowanych ze środków publicznych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

6. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, Prezesa Funduszu zastępuje, na podstawie jego pisemnego upoważnienia, jeden z zastępców Prezesa Funduszu. W przypadku gdy udzielenie przez niego takiego upoważnienia nie jest możliwe – upoważnienia udziela minister właściwy do spraw zdrowia.

6a. W przypadku śmierci Prezesa Funduszu albo odwołania ze sprawowanej funkcji, do czasu powołania nowego Prezesa Funduszu jego obowiązki pełni Zastępca Prezesa wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

7. Prezes Funduszu może udzielić zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu Funduszu oraz pracownikom centrali Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych i upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych w wykonaniu zadań, o których mowa w ust. 5.

8. Pełnomocnictwa i upoważnienia, o których mowa w ust. 7, są udzielane na piśmie pod rygorem nieważności.

Art. 102a. 1. Stanowisko Prezesa Funduszu może zajmować osoba, która:

1) posiada wykształcenie wyższe magisterskie lub równorzędne w zakresie prawa, ekonomii, medycyny, organizacji ochrony zdrowia lub zarządzania;

2) jest obywatelem polskim;

3) korzysta z pełni praw publicznych;

4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;

5) posiada kompetencje kierownicze;

6) posiada co najmniej 6-letni staż pracy, w tym co najmniej 3-letni staż pracy na stanowisku kierowniczym;
7) posiada wiedzę z zakresu spraw należących do właściwości Funduszu.

2. Informację o naborze na stanowisko Prezesa Funduszu ogłasza się przez umieszczenie ogłoszenia w miejscu powszechnie dostępnym w siedzibie Funduszu oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Ogłoszenie powinno zawierać:
1) nazwę i adres Funduszu;
2) określenie stanowiska;
3) wymagania związane ze stanowiskiem wynikające z przepisów prawa;
4) zakres zadań wykonywanych na stanowisku;
5) wskazanie wymaganych dokumentów;
6) termin i miejsce składania dokumentów;
7) informację o metodach i technikach naboru.

3. Termin, o którym mowa w ust. 2 pkt 6, nie może być krótszy niż 10 dni od dnia opublikowania ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów.

4. Nabór na stanowisko Prezesa Funduszu przeprowadza zespół, powołany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, liczący co najmniej 3 osoby, których wiedza i doświadczenie dają rękojmię wyłonienia najlepszych kandydatów. W toku naboru ocenia się doświadczenie zawodowe kandydata, wiedzę niezbędną do wykonywania zadań na stanowisku, na które jest przeprowadzany nabór, oraz kompetencje kierownicze.

5. Ocena wiedzy i kompetencji kierowniczych, o których mowa w ust. 4, może być dokonana na zlecenie zespołu przez osobę niebędącą członkiem zespołu, która posiada odpowiednie kwalifikacje do dokonania tej oceny.

6. Członek zespołu oraz osoba, o której mowa w ust. 5, mają obowiązek zachowania w tajemnicy informacji dotyczących osób ubiegających się o stanowisko, uzyskanych w trakcie naboru.

7. W toku naboru zespół wyłania nie więcej niż 3 kandydatów, których przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

8. Z przeprowadzonego naboru zespół sporządza protokół zawierający:
1) nazwę i adres Funduszu;
2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór, oraz liczbę kandydatów;

3) imiona, nazwiska i adresy nie więcej niż 3 najlepszych kandydatów uszeregowanych według poziomu spełniania przez nich wymagań określonych w ogłoszeniu o naborze;
4) informację o zastosowanych metodach i technikach naboru;
5) uzasadnienie dokonanego wyboru albo powody niewyłonienia kandydata;
6) skład zespołu.

9. Wynik naboru ogłasza się niezwłocznie przez umieszczenie informacji w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu i Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Informacja o wyniku naboru zawiera:
1) nazwę i adres Funduszu;
2) określenie stanowiska, na które był prowadzony nabór;
3) imiona, nazwiska wybranych kandydatów oraz ich miejsca zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego albo informację o niewyłonieniu kandydata.

10. Umieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ogłoszenia o naborze oraz o wyniku tego naboru jest bezpłatne.

Art. 103. 1. Prezes Funduszu wykonuje swoje zadania przy pomocy trzech zastępców Prezesa.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu, powołuje, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, zastępców Prezesa. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje zastępców Prezesa na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

3. Zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych powołuje, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, minister właściwy do spraw zdrowia, na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

4. Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa określa statut Funduszu.

5. (uchylony)

6. Prezes Funduszu i jego zastępcy nie mogą być jednocześnie:

1) członkami Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
2) pracownikami oddziałów wojewódzkich Funduszu;
3) świadczeniodawcami;
4) właścicielami lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
5) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty będące świadczeniodawcami oraz podmiotami, o których mowa w pkt 4;
6) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2–8.

6a. Do głównego księgowego Funduszu stosuje się odpowiednio przepisy ust. 6 pkt 2–5.

7. Prezes Funduszu nie może wykonywać działalności gospodarczej.

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

1) nadzorowanie i koordynowanie działań komórek organizacyjnych do spraw służb mundurowych;
1a) nadzorowanie i koordynowanie działań związanych z realizacją prawa do świadczeń dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 5 pkt 44a i 44b;
1b) rozpatrywanie indywidualnych spraw związanych z realizacją prawa do świadczeń dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 5 pkt 44a i 44b;
2) koordynacja współpracy z Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.

Art. 103a. 1. Zespół przeprowadzający nabór na stanowiska, o których mowa w art. 103 ust. 2 i 3, powołuje Prezes Funduszu.

2. Do sposobu przeprowadzania naboru na stanowiska, o których mowa w art. 103 ust. 2 i 3, stosuje się odpowiednio przepisy art. 102a.

Art. 104. 1. Roczny plan finansowy Funduszu, sprawozdanie finansowe Funduszu, sprawozdanie z działalności Funduszu Prezes Funduszu publikuje, w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

2. Plany i sprawozdania, o których mowa w ust. 1, oraz roczny plan pracy Funduszu publikuje się na stronie internetowej ministerstwa obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz na stronie internetowej Funduszu.

Art. 105. Prezes Funduszu w celach informacyjnych i promocyjnych wydaje Biuletyn Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 106. 1. W oddziałach wojewódzkich Funduszu działają rady oddziałów wojewódzkich Funduszu o charakterze opiniodawczo-nadzorczym.

2. W skład rady oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkującymi na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływanych przez właściwego wojewodę, w tym:

1) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez sejmik województwa;
2) dwóch członków będących przedstawicielami właściwego wojewody;
3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez konwent powiatów z danego województwa;
4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo wojewódzką radę dialogu społecznego;
5) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez organizacje pacjentów działających na rzecz praw pacjenta, zgłoszonych w terminie 14 dni od dnia publikacji na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego wojewodę ogłoszenia o zamiarze powołania członka rady;
6) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez reprezentatywne organizacje pracodawców;
7) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego, właściwego komendanta wojewódzkiego Policji i właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej.

2a. W przypadku gdy podmioty, o których mowa w ust. 2 pkt 5, nie wskażą kandydatów na członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, mimo dwukrotnej publikacji ogłoszenia o zamiarze powołania członka tej rady na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego wojewodę, kandydata wskazuje właściwy wojewoda.

3. Kadencja rady oddziału wojewódzkiego Funduszu trwa cztery lata, licząc od dnia pierwszego posiedzenia rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Pierwsze posiedzenie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zwołuje właściwy wojewoda.

4. Przewodniczący rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zaprasza do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, w charakterze obserwatorów, przedstawicieli właściwej okręgowej rady lekarskiej, okręgowej rady pielęgniarek i położnych i okręgowej rady aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

5. W przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada lekarska, okręgowa rada pielęgniarek i położnych albo okręgowa rada aptekarska, rady te delegują wspólnego przedstawiciela do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. W skład rad oddziałów wojewódzkich Funduszu mogą wchodzić wyłącznie osoby, które:

1) korzystają z pełni praw publicznych;
2) posiadają wykształcenie wyższe;
3) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione umyślnie.

7. Członkowie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie mogą być jednocześnie:

1) dyrektorami oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz pracownikami oddziału wojewódzkiego Funduszu;
2) Prezesem Funduszu;
3) zastępcą Prezesa Funduszu;
4) pracownikami centrali Funduszu;
5) świadczeniodawcami;
6) właścicielami lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
7) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 5 i 6;
8) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2–8, z wyjątkiem pracowników urzędów obsługujących ministrów będących podmiotami tworzącymi.

8. Członkowie rad oddziałów wojewódzkich Funduszu wybierają spośród swojego grona przewodniczącego.

9. Rada wojewódzkiego oddziału Funduszu działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

10. Do zadań rady oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:

1) opiniowanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;

2) uchwalanie planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
3) opiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok;
4) monitorowanie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji tych umów;
5) monitorowanie, na podstawie przekazanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego informacji, o których mowa w art. 23 ust. 2 i 4, sposobu wykonywania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20 i art. 21;
6) kontrolowanie bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;
7) występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskiem o wszczęcie kontroli w zakresie, o którym mowa w art. 61a ust. 1–3;
8) (uchylony)
9) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
10) występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu;
11) wydawanie opinii o kandydacie na stanowisko dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
12) występowanie z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadkach, o których mowa w art. 107 ust. 4.

11. Uchwały rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zapadają większością głosów przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego rady.

12. W celu wykonywania swoich obowiązków rada oddziału wojewódzkiego Funduszu może żądać od dyrektora oddziału wojewódzkiego sprawozdań i wyjaśnień.

13. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu nie ma prawa wydawania dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu wiążących poleceń dotyczących bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu.

14. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu w związku z zadaniem, o którym mowa w ust. 10 pkt 6:

1) może delegować swoich członków do samodzielnego wykonywania czynności kontrolnych;
2) ma wgląd we wszelkie dokumenty związane z działalnością oddziału wojewódzkiego Funduszu.

15. Właściwy wojewoda odwołuje członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu przed upływem kadencji tej rady w przypadku:
1) rezygnacji ze stanowiska;
2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
4) naruszenia przepisów ust. 7;
5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.

16. W przypadku odwołania członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu albo jego śmierci przed upływem kadencji tej rady, właściwy wojewoda powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy ust. 2 stosuje się odpowiednio.

17. Przepisu ust. 16 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia jego odwołania albo śmierci.

18. Członkom rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie przysługuje wynagrodzenie.

19. Członkom rady oddziału przysługuje zwrot kosztów podróży, zakwaterowania i diety na zasadach określonych w przepisach w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

Art. 107. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu kieruje oddziałem wojewódzkim Funduszu i reprezentuje Fundusz na zewnątrz w zakresie właściwości danego oddziału.

2. Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz Prezesa Funduszu. Niewydanie opinii w terminie 14 dni jest

równoznaczne z akceptacją kandydata na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu albo zgodą na jego odwołanie.

3. Dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu może zostać osoba, która:

1) posiada wykształcenie wyższe;
2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków dyrektora;
3) nie była prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

4. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu może wystąpić z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w przypadku gdy dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu:

1) nie przedstawi radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu:
   a) projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu,
   b) projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu,
   c) sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok,
   d) corocznej prognozy przychodów i kosztów oddziału wojewódzkiego Funduszu;
2) nie udzieli, w terminie wyznaczonym przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu, informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;
3) rażąco narusza obowiązki ustawowe.

5. Do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:

1) efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału wojewódzkiego Funduszu;
2) przygotowanie i przedstawianie radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów;
3) przygotowanie i przedstawienie radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu na rok następny;

3a) sporządzanie planu zakupu świadczeń;

4) sporządzanie projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
5) realizacja planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu i planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;

6) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok;
7) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;
8) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
9) dokonywanie wyboru realizatorów programów polityki zdrowotnej, w tym w imieniu danego ministra;
10) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych i programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji, oraz zawieranie i rozliczanie umów o realizację programów zdrowotnych i programów pilotażowych;
11) realizacja zadania, o którym mowa w art. 108;
12) monitorowanie:
    a) ordynacji lekarskich,
    b) realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
    c) realizacji prawa do świadczeń dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 5 pkt 44a i 44b;
13) (uchylony)
14) monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej;
15) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w oddziale wojewódzkim Funduszu;
16) wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego;
17) udzielanie, na żądanie Prezesa Funduszu lub rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego;
18) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie;
19) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie i rozliczanie realizacji tych umów, na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
20) zawieranie umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 68;

20a) zawieranie umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji, monitorowanie ich realizacji oraz ich rozliczanie;

21) (uchylony)

22) (uchylony)

23) wydawanie decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 50 ust. 18;

24) (uchylony)

25) kwalifikacja świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia;

26) monitorowanie prowadzonych przez świadczeniodawców na obszarze właściwości danego oddziału wojewódzkiego postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup refundowanych ze środków publicznych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w celu oceny zasadności zastosowania środków ochrony prawnej, o których mowa w art. 102 ust. 5a, oraz przekazywanie Prezesowi Funduszu informacji w tym zakresie.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może być jednocześnie:

1) Prezesem Funduszu albo jego zastępcą;

2) głównym księgowym Funduszu;

3) pracownikiem centrali Funduszu;

4) świadczeniodawcą;

5) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;

6) posiadaczem akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty będące świadczeniodawcami oraz podmiotami, o których mowa w pkt 5;

7) osobą, o której mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2–9.

7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może wykonywać działalności gospodarczej.

8. Dyrektor oddziału wojewódzkiego, wykonując zadania, o których mowa w ust. 5, współpracuje z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu.

Art. 107a. 1. Nabór kandydatów do zatrudnienia w Funduszu jest otwarty i konkurencyjny.

2. Ogłoszenie o naborze zamieszcza się w Biuletynie Informacji Publicznej, o którym mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1330 i 1669), oraz w miejscu powszechnie dostępnym w jednostce organizacyjnej, w której jest prowadzony nabór.

Art. 107b. Informacje o kandydatach, którzy zgłosili się do naboru, stanowią informację publiczną w zakresie objętym wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o naborze.

Art. 107c. Termin do składania dokumentów, określony w ogłoszeniu o naborze, nie może być krótszy niż 14 dni od dnia opublikowania tego ogłoszenia w Biuletynie Informacji Publicznej.

Art. 107d. 1. Po upływie terminu do składania dokumentów określonego w ogłoszeniu o naborze niezwłocznie upowszechnia się listę kandydatów, którzy spełniają wymagania formalne określone w ogłoszeniu o naborze, przez umieszczenie jej w miejscu powszechnie dostępnym w jednostce organizacyjnej, w której jest prowadzony nabór, a także przez opublikowanie jej w Biuletynie Informacji Publicznej.

2. Lista, o której mowa w ust. 1, zawiera imię i nazwisko kandydata oraz jego miejsce zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego.

Art. 107e. 1. Sporządza się protokół przeprowadzonego naboru kandydatów do zatrudnienia na wolne stanowiska pracy w Funduszu.

2. Protokół zawiera w szczególności:

1) określenie stanowiska pracy, na które był prowadzony nabór, liczbę kandydatów oraz imiona, nazwiska i adresy nie więcej niż 5 najlepszych kandydatów uszeregowanych według poziomu spełniania przez nich wymagań określonych w ogłoszeniu o naborze;
2) informację o zastosowanych metodach i technikach naboru;
3) uzasadnienie dokonanego wyboru.

Art. 107f. 1. Informację o wyniku naboru upowszechnia się w terminie 14 dni od dnia zatrudnienia wybranego kandydata albo zakończenia naboru, w przypadku gdy w jego wyniku nie doszło do zatrudnienia żadnego kandydata.

2. Informacja, o której mowa w ust. 1, zawiera:

1) nazwę i adres urzędu;
2) określenie stanowiska pracy;

3) imię i nazwisko kandydata oraz jego miejsce zamieszkania w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego;
4) uzasadnienie dokonanego wyboru kandydata albo uzasadnienie niezatrudnienia żadnego kandydata.

3. Informację o wyniku naboru upowszechnia się w Biuletynie Informacji Publicznej i w miejscu powszechnie dostępnym w jednostce organizacyjnej, w której był prowadzony nabór.

Art. 107g. Jeżeli stosunek pracy osoby wyłonionej w drodze naboru ustał w ciągu 3 miesięcy od dnia nawiązania stosunku pracy, można zatrudnić na tym samym stanowisku kolejną osobę spośród najlepszych kandydatów wymienionych w protokole tego naboru. Przepisy art. 107f stosuje się odpowiednio.

Art. 108. 1. Oddział wojewódzki Funduszu finansuje:
1) świadczeniodawcy, mającemu siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie danego województwa świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony, spełniającemu kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do którego nie stwierdzono istnienia okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, z zastrzeżeniem ust. 2,
2) aptece, mającej siedzibę na terenie województwa, koszty leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wydawanych osobie, o której mowa w pkt 1

– o ile finansowanie tych kosztów nie wynika z przepisów określonych w art. 12 i 13 lub umów międzynarodowych.

1a. Oddział wojewódzki Funduszu finansuje świadczeniodawcy, mającemu siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie danego województwa osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Koszty leczenia uzdrowiskowego świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i w ust. 1a, ponosi oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce jego zamieszkania, a jeżeli nie można ustalić miejsca zamieszkania – oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce wystawienia skierowania, o którym mowa w art. 33 ust. 1.

Art. 109. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń.

2. Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych.

3. Wniosek o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w ust. 1, zgłasza ubezpieczony, a w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wniosek może zgłosić w szczególności Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub członek rodziny ubezpieczonego, także w zakresie dotyczącym objęcia ubezpieczeniem w okresie poprzedzającym złożenie wniosku.

3a. W przypadku gdy wnioskodawcą jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, do wniosku, o którym mowa w ust. 3, wnioskodawca dołącza kopie posiadanych dokumentów i informacje uzasadniające treść żądania.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje sprawy, o których mowa w ust. 1, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia ich wniesienia, wydając decyzję. Uzasadnienie decyzji sporządza się z urzędu.

5. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w ust. 1, wnosi się do Prezesa Funduszu w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania.

6. W sprawach, o których mowa w ust. 1, w zakresie nieregulowanym niniejszą ustawą, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 109a. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje interpretacje indywidualne, o których mowa w art. 34 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, w zakresie spraw dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Interpretacje indywidualne wraz z wnioskiem o wydanie interpretacji, po usunięciu danych identyfikujących wnioskodawcę oraz inne podmioty wskazane w treści interpretacji, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu niezwłocznie przekazuje do centrali Funduszu, która niezwłocznie zamieszcza je w Biuletynie Informacji Publicznej.

2. Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należą sprawy dotyczące składek na ubezpieczenie zdrowotne należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych na podstawie art. 62a ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym

rolników oraz na podstawie art. 83d ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

Art. 110. Od decyzji Prezesa Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 111. Do postępowania w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego rolników i osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających emerytury lub renty rolnicze stosuje się przepisy o ubezpieczeniu społecznym rolników, z wyjątkiem osób podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników i pobierających renty strukturalne wypłacane przez inną instytucję niż Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Art. 112. 1. Pracownicy Funduszu nie mogą być jednocześnie:

1) świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;
2) właścicielami lub pracownikami aptek związanych z Funduszem umową na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, właścicielami lub pracownikami świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów lub osobami współpracującymi z tymi podmiotami;
3) członkami organów lub pracownikami podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, z wyłączeniem urzędu obsługującego organ sprawujący nadzór nad Funduszem;
4) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego;
5) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 381 i 730);
6) właścicielami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 2;
7) właścicielami w spółkach handlowych więcej niż 10% akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10% kapitału zakładowego – w każdej z tych spółek, w przypadku spółek innych niż określone w pkt 6;
8) posłami, posłami do Parlamentu Europejskiego albo senatorami;
9) członkami Rady Funduszu oraz rad oddziałów wojewódzkich Funduszu.

2. Pracownicy Funduszu nie mogą bez zgody Prezesa Funduszu:

1) podejmować zatrudnienia u innego pracodawcy;
2) wykonywać działalności gospodarczej.

3. W przypadku gdy osoba najbliższa, w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, kontrolera jest świadczeniodawcą albo właścicielem apteki lub świadczeniodawcy, kontroler jest obowiązany do poinformowania Prezesa Funduszu o tym fakcie w terminie 7 dni od dnia powołania na stanowisko, a także w trakcie pełnienia funkcji, jeżeli w tym czasie jego osoba najbliższa stała się świadczeniodawcą albo właścicielem apteki lub świadczeniodawcy – w terminie 7 dni od zaistnienia tego faktu.

4. Kontroler nie może przed upływem dwóch lat od dnia sporządzenia wystąpienia pokontrolnego być zatrudniony lub wykonywać innych zajęć w podmiotach kontrolowanych, których dotyczy to wystąpienie.

Rozdział 2

Gospodarka finansowa Funduszu

Art. 113. Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

Art. 114. 1. Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi.

2. Obsługę bankową Funduszu prowadzi Bank Gospodarstwa Krajowego.

Art. 115. 1. Tworzy się fundusz podstawowy i fundusz zapasowy Funduszu.

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

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

Art. 116. 1. Przychodami Funduszu są:

1) należne składki na ubezpieczenie zdrowotne;
2) odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
3) darowizny i zapisy;
4) środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
5) dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2b, 2c i 4c;
5a) dotacja podmiotowa z budżetu państwa, o której mowa w art. 97 ust. 8a;
6) środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych;
7) przychody z lokat;

7a) (uchylony)

7b) kwoty, o których mowa w art. 4 ust. 10 ustawy o refundacji;

7c) kwoty, o których mowa w art. 34 ust. 6 ustawy o refundacji;

7d) kwoty z tytułu nałożonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia kar pieniężnych, o których mowa w art. 50–52 ustawy o refundacji;

7e) kwoty zwrotu części uzyskanej refundacji, o której mowa w art. 11 ust. 5 pkt 4 ustawy o refundacji;

8) inne przychody.

1a. Przychody, o których mowa w ust. 1, zmniejsza się o odpis dla Agencji, o którym mowa w art. 31t ust. 5–9.

2. Środki finansowe Funduszu mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek.

Art. 117. 1. Kosztami Funduszu są:

1) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;

1a) (uchylony)

2) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;

3) koszty refundacji określone ustawą o refundacji;

4) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b;

4a) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c;

5) koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;

6) koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży;

7) koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne;

8) koszt wypłaty odszkodowań;

9) inne koszty wynikające z odrębnych przepisów.

2. Środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek.

Art. 118. 1. Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.

2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:

1) planowanych kosztów dla centrali, w tym:

a) kosztów finansowania działalności centrali,

b) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji,

c) (uchylona)

d) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z art. 42b;

2) planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym:

a) kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów,

b) rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych,

c) rezerwy, o której mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o refundacji,

d) rezerwy na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d, w kwocie nie większej niż 0,5% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej określonych dla danego oddziału w projekcie planu finansowego, o którym mowa w art. 121, na rok poprzedni;

3) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.

3. Planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125, dzieli się pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu uwzględniając:

1) liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu;

2) wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych oraz wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne;

3) ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.

4. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3.

5. W planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3, tworzy się rezerwę ogólną w wysokości 1% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.

5a. Utworzenie rezerwy, o której mowa w ust. 2 pkt 2 lit. d, nie może powodować obniżenia kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu

świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych określonych dla tych oddziałów w projekcie planu finansowego, o którym mowa w art. 121, na rok poprzedni.

6. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się w zakresie środków przekazywanych Funduszowi z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Art. 118a. Plan finansowy Funduszu nie obejmuje środków finansowych ujętych na wyodrębnionym rachunku Funduszu utworzonym na finansowanie zadań określonych odrębnymi przepisami.

Art. 119. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, uwzględniając przepisy art. 118.

Art. 120. 1. Prezes Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do dnia 1 czerwca sporządza coroczną prognozę przychodów na kolejne 3 lata.

2. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazują informację dotyczącą prognozowanych kosztów oddziałów w terminie do dnia 5 czerwca na podstawie prognozy, o której mowa w ust. 1.

3. Prezes Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do dnia 15 czerwca sporządza coroczną prognozę kosztów na kolejne 3 lata na podstawie informacji przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

4. Prezes Funduszu w terminie do dnia 20 czerwca informuje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu o przewidywanych kosztach oddziałów wojewódzkich Funduszu.

5. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich przekazują Prezesowi Funduszu w terminie do dnia 25 czerwca projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

6. Prognozy, o których mowa w ust. 1 i 3, oraz projekty planów, o których mowa w ust. 5, są podstawą do sporządzenia projektu planu finansowego na rok następny.

7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje udzielają nieodpłatnie Funduszowi informacji koniecznych do sporządzenia prognoz, o których mowa w ust. 1 i 3.

Art. 121. 1. Prezes Funduszu opracowuje projekt planu finansowego Funduszu i przedstawia go, w celu zaopiniowania, w terminie do dnia 1 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan:

1) Radzie Funduszu;
2) komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Niewydanie opinii, o których mowa w ust. 1, w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu planu finansowego jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.

3. Prezes Funduszu po rozpatrzeniu opinii, o których mowa w ust. 1, jeżeli zostały wydane, sporządza plan finansowy Funduszu i przekazuje go wraz z tymi opiniami w terminie do dnia 15 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych zatwierdza plan finansowy Funduszu w terminie do dnia 31 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

5. W przypadku gdy Prezes Funduszu nie przekaże w terminie, o którym mowa w ust. 3, planu finansowego Funduszu, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych ustala, w drodze zarządzenia, plan finansowy Funduszu do dnia 31 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

Art. 122. W przypadku:

1) niezatwierdzenia planu finansowego Funduszu, w terminie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, albo
2) nieustalenia planu finansowego w trybie określonym w art. 123 ust. 3

– Fundusz działa na podstawie planu finansowego, o którym mowa w art. 121 ust. 3.

Art. 123. 1. W przypadku gdy plan finansowy Funduszu narusza prawo lub prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów

publicznych odmawia zatwierdzenia planu finansowego Funduszu i zaleca Prezesowi Funduszu usunięcie nieprawidłowości, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.

2. Prezes Funduszu zmienia plan finansowy Funduszu z uwzględnieniem zaleceń, o których mowa w ust. 1, i niezwłocznie przedstawia go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4.

3. W przypadku nieusunięcia przez Prezesa Funduszu nieprawidłowości, o których mowa w ust. 1:

1) minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych dokonuje zmian w planie finansowym Funduszu oraz ustala go w drodze zarządzenia oraz.
2) (uchylony)

Art. 124. 1. Zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu.

2. Zmiany planu finansowego Funduszu zatwierdzonego w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, może dokonać Prezes Funduszu. Przepisy art. 121 ust. 1–4 stosuje się odpowiednio.

3. Zmiany planu finansowego Funduszu ustalonego zgodnie z art. 121 ust. 5 albo art. 123 ust. 3 może dokonać minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych na uzasadniony wniosek Prezesa Funduszu. Do wniosku o zmianę planu dołącza się opinię Rady Funduszu, opinie komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Prezes Funduszu, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych, może dokonać przesunięcia kosztów w planie finansowym centrali Funduszu oraz przesunięcia kosztów w ramach kosztów administracyjnych w planie finansowym Funduszu, a także dokonać zmiany planu finansowego w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z dotacji budżetu państwa.

5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Funduszu, może dokonać przesunięcia kosztów w ramach kosztów przeznaczonych na

świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy ogólnej po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

7. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. b i pkt 2 lit. b, oraz rezerwy, o której mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o refundacji, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. b, i rezerwy, o której mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o refundacji, na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

8. Zmian planu finansowego Funduszu, o których mowa w ust. 1–3, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w art. 118, z zastrzeżeniem, iż w przypadku zmiany planu finansowego Funduszu przewidującej zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oddziałów wojewódzkich Funduszu, zasady określone w art. 118 ust. 3 stosuje się do kwoty zwiększenia tych kosztów.

9. Do zmian planu finansowego, o których mowa w ust. 4–7, oraz do zmiany planu finansowego wynikającej z art. 129 ust. 3 i 4 nie stosuje się przepisów art. 118 ust. 3 oraz art. 121.

10. (uchylony)

11. (uchylony)

Art. 125. Przychody Funduszu:

1) nieujęte w planie finansowym ustalonym zgodnie z art. 121 ust. 3, ust. 5 albo z art. 123 ust. 3:
   a) z tytułu nadwyżki przychodów nad kosztami korygującymi koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych,
   b) z tytułu nadwyżki przychodów nad kosztami z działalności finansowej,
2) pochodzące z dotacji przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej

– w części dotyczącej oddziału wojewódzkiego Funduszu przeznacza się na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w tym oddziale wojewódzkim Funduszu.

Art. 126. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu po przeprowadzeniu badania sprawozdania, o którym mowa w art. 128 ust. 4, przez biegłego rewidenta.

Art. 127. 1. Prezes Funduszu może zaciągać pożyczki i kredyty, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw finansów publicznych i ministra właściwego do spraw zdrowia. Wysokość rat kredytów i pożyczek przypadających do spłaty w danym roku nie może przekroczyć wysokości rezerwy ogólnej przewidzianej w planie finansowym na dany rok.

2. Przepisu ust. 1 zdanie drugie nie stosuje się do środków pochodzących z budżetu państwa.

3. W przypadku, gdy plan finansowy Funduszu uwzględnia wykorzystanie środków finansowych pochodzących z pożyczek i kredytów, o których mowa w ust. 1, lub uwzględnia spłatę rat tych pożyczek i kredytów, w części niezaliczanej do kosztów Funduszu, zasady określonej w art. 118 ust. 1 nie stosuje się.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, różnica pomiędzy przychodami a kosztami w planie finansowym Funduszu nie może być wyższa niż różnica pomiędzy wysokością środków finansowych pochodzących z pożyczek i kredytów a wysokością spłacanych rat pożyczek i kredytów, w części niezaliczanej do kosztów Funduszu, z zastrzeżeniem art. 129 ust. 3.

Art. 128. 1. Fundusz prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, z wyłączeniem art. 80 ust. 3 tej ustawy.

2. Centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu sporządzają samodzielnie sprawozdania finansowe.

3. Łączne sprawozdanie finansowe Funduszu, o którym mowa w art. 51 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, sporządza Prezes Funduszu.

4. Łączne sprawozdanie finansowe, o którym mowa w ust. 3, podlega badaniu przez biegłego rewidenta oraz zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Minister właściwy do spraw finansów publicznych lub minister właściwy do spraw zdrowia może żądać dodatkowych danych dotyczących łącznego sprawozdania finansowego Funduszu.

Art. 129. 1. Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznacza się na:

1) pokrycie strat z lat ubiegłych;
2) fundusz zapasowy.

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

3. W okresie pomiędzy przyjęciem przez Radę Funduszu uchwały, o której mowa w ust. 2, w danym roku oraz przyjęciem przez Radę Funduszu uchwały, o której mowa w ust. 2, w następnym roku, planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym obowiązującym w tym okresie lub sporządzanym w tym okresie mogą być zwiększone, przy czym łączna wysokość zwiększenia planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w tym okresie nie może być większa niż wysokość funduszu zapasowego. W tym przypadku nie stosuje się zasady określonej w art. 118 ust. 1.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, przy ustalaniu wysokości środków przekazywanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się w szczególności wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu za poprzednie lata obrotowe.

5. (uchylony)

6. Przy stosowaniu art. 118 ust. 4 do planu finansowego na rok następny nie uwzględnia się środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu zgodnie z ust. 3 i 4.

Art. 130. 1. Prezes Funduszu, na podstawie sprawozdań, o których mowa w art. 126, sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu, nie później niż w ciągu 6 miesięcy od zakończenia roku, którego dotyczy sprawozdanie.

2. Rada Funduszu przyjmuje sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, w terminie 15 dni od dnia jego otrzymania.

3. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia i po uzyskaniu opinii komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

4. Niewydanie opinii, o których mowa w ust. 3, w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu sprawozdania jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnych.

Art. 131. 1. Fundusz jest obowiązany do sporządzania okresowych sprawozdań dotyczących wykonania planu finansowego oraz przekazywania ich ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu, w tym:

1) rodzaje sprawozdań, o których mowa w ust. 1, sposób ich tworzenia oraz terminy przekazywania,
2) sposób tworzenia planu finansowego i rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego oraz ich wzory

– uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi.

Art. 131a. (uchylony)

Art. 131b. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok, uwzględniając Mapę Regionalną oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.

2. Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej składa się z:

1) części ogólnej zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem;
2) części szczegółowej określającej w szczególności obszary terytorialne, dla których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta na danym obszarze, w danym zakresie lub rodzaju świadczeń.

DZIAŁ VA

Finansowanie ochrony zdrowia

Art. 131c. 1. Na finansowanie ochrony zdrowia przeznacza się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023 nie może być niższa niż:

1) 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.;
2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.;
3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.;
4) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.;
5) 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r.;
6) 5,80% produktu krajowego brutto w 2023 r.

2. Wartość produktu krajowego brutto, o którym mowa w ust. 1, jest ustalana na podstawie wartości określonej w obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wydawanym na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, według stanu na dzień 31 sierpnia.

3. Środki, o których mowa w ust. 1, obejmują:

1) wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
2) wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa;
3) koszty Funduszu ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem wydatków budżetowych, o których mowa w pkt 1 i 2, przekazywanych do Funduszu;
4) odpis dla Agencji, o którym mowa w art. 31t ust. 5–9, ujęty w planie finansowym Funduszu;
5) koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych;
6) koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, o którym mowa w art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 847);

7) koszty realizacji programów rządowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych w zakresie wsparcia zdrowotnego osób niepełnosprawnych;

8) odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e, ujęty w planie finansowym Funduszu.

4. Zasady określone w ust. 1 są uwzględniane przez Radę Ministrów w projektach ustaw budżetowych albo projektach ustaw o prowizorium budżetowym.

Art. 131d. Ze środków finansowych, o których mowa w art. 131c ust. 1, stanowiących różnicę między danym rokiem a rokiem poprzednim, w pierwszej kolejności finansuje się z budżetu państwa, w tym w formie dotacji podmiotowej przekazywanej do Funduszu, świadczenia gwarantowane.

DZIAŁ VI

Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami

Art. 132. 1. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4.

2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w niniejszym dziale.

2a. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może przewidywać, że świadczenie zdrowotne rzeczowe będzie dostarczane świadczeniodawcy po przeprowadzeniu wspólnego postępowania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2d.

3. Nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.

4. Świadczenia opieki zdrowotnej nieokreślone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie.

5. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Art. 132a. 1. Świadczeniodawcy mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie i wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której przedmiotem jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w nie mniej niż dwóch zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 2–8, 10–13, 15 i 16.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawcy ustanawiają pełnomocnika do reprezentowania ich w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, ponoszą solidarną odpowiedzialność za wykonanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Przepisy dotyczące świadczeniodawcy stosuje się odpowiednio do świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1.

Art. 132b. 1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 i 5, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1.

1a. W przypadku świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 95l ust. 2 pkt 6, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitalnej izby przyjęć świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu przez świadczeniodawcę wniosku o umożliwienie udzielania tych świadczeń do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.

2. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.

Art. 133. Świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi. Przepis art. 132 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 134. 1. Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

2. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Art. 135. 1. Oferty złożone w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne.

2. Fundusz realizuje zasadę jawności:

1) umów – przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy, rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń albo rodzaju zakupionych świadczeń, liczby jednostek rozliczeniowych (miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju, w szczególności: punkt, porada, osobodzień) wyrażających wartość świadczenia oraz cenę jednostki rozliczeniowej, a także maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów;
2) ofert, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę – w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert.

3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, zamieszcza się w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 136. 1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
2a) sposób realizacji instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji, dotyczących danego leku albo środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego – w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 i 16;
3) wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;

4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
6) zasady rozpatrywania kwestii spornych;
7) postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w pkt 7.

2. W przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

1) z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana, przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego oraz wykonania tej umowy;

1a) z zakresu rehabilitacji leczniczej w części dotyczącej świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy;

1b) z zakresu leczenia stomatologicznego w części dotyczącej świadczeń udzielanych w dentobusie oraz świadczeń udzielanych uczniom w gabinecie dentystycznym w szkole lub w gabinecie dentystycznym prowadzonym przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym organ prowadzący szkołę zawarł porozumienie, o którym mowa w art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy;

2) zawieranej w ramach systemu zabezpieczenia, w kwocie zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, obejmuje się ryczałt systemu zabezpieczenia oraz wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania, z zastrzeżeniem art. 132 ust. 5.

Art. 136a. (uchylony)

Art. 136b. 1. Świadczeniodawca:

1) będący podmiotem wykonującym działalność leczniczą podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
2) będący podmiotem, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. b i d, podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres wykonywanych zadań.

Art. 136c. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a, są finansowane w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 2.

2. Wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia ustala się za okres rozliczeniowy określony w umowie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy.

3. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1;
2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
   a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
   b) cen udzielonych świadczeń,
   c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;

3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

4. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia w sytuacjach związanych z przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2, albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, która będzie mieć albo miała wpływ na dane określone w ust. 3 pkt 2, jest możliwe dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczałtu.

4a. W przypadku rozwiązania umowy, o której mowa w art. 159a, do rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia i udzielonych do dnia:

1) wypowiedzenia umowy i od dnia wypowiedzenia do dnia rozwiązania umowy w danym lub następnym okresie rozliczeniowym,
2) rozwiązania umowy w danym okresie rozliczeniowym

– nie stosuje się przepisów ust. 1–3.

4b. Świadczenia, o których mowa w ust. 4a, są rozliczane na podstawie ich prawidłowo sprawozdanego wykonania, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2, z uwzględnieniem cen tych świadczeń przyjętych do ustalenia ryczałtu systemu zabezpieczenia, do wysokości kwoty odpowiadającej kwocie ustalonego ryczałtu systemu zabezpieczenia proporcjonalnej do części okresu rozliczeniowego przypadającej na okres do dnia rozwiązania umowy, o której mowa w art. 159a.

5. Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia określi Prezes Funduszu.

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

1) sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia,
2) wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, o których mowa w art. 136 ust. 2 pkt 2

– mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia.

Art. 137. 1. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmują:

1) przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

[2) sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;]

<2) sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym finansowanie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 159 ust. 2b;>

Nowe brzmienie pkt 2 w ust. 1 w art. 137 wejdzie w życie z dn. 1.10.2020 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217).

3) tryb ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok;

4) zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

5) przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych;

6) przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów.

Art. 138. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Art. 139. 1. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159 i art. 159a, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:

1) konkursu ofert albo

2) rokowań.

2. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 9. W celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenia.

3. Ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera w szczególności:

1) nazwę zamawiającego i adres jego siedziby;

2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;

3) wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie, europejskich aprobat technicznych lub norm państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzających europejskie normy zharmonizowane oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej;
4) wskazanie świadczeniodawców zapraszanych do rokowań – w przypadku rokowań;
5) określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz wskazanie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje komisję konkursową w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

5. Członkiem komisji konkursowej nie może być osoba, która:
1) jest świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy;
2) pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia;
3) jest związana, z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organów osób prawnych biorących udział w postępowaniu;
4) pozostaje ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje ich małżonek lub osoba, z którą pozostają we wspólnym pożyciu.

6. Członkowie komisji konkursowej po otwarciu ofert składają, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki określone w ust. 5. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy

odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.

7. Wyłączenia członka komisji konkursowej i powołania nowego członka komisji konkursowej w przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 5, dokonuje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu z urzędu lub na wniosek członka komisji konkursowej albo świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy.

8. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być rozpoczęte przed zatwierdzeniem planu finansowego. W takim przypadku wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu na rok bieżący.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadania oraz tryb pracy, uwzględniając konieczność równego traktowania świadczeniodawców oraz zapewnienia uczciwej konkurencji.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, sposób określania obszarów terytorialnych, dla których jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeń w poszczególnych zakresach i rodzajach, mając na uwadze potrzeby zdrowotne oraz uwarunkowania geograficzne i komunikacyjne.

Art. 140. 1. Przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty.

2. Przedmiotu zamówienia nie można opisywać:

1) w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję;
2) przez wskazanie znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, chyba że jest to uzasadnione specyfiką przedmiotu zamówienia lub zamawiający nie może opisać przedmiotu zamówienia za pomocą dostatecznie dokładnych określeń,

a wskazaniu takiemu towarzyszą wyrazy „lub równoważne” lub inne równoznaczne wyrazy.

Art. 141. 1. Przedmiot zamówienia opisuje się za pomocą cech technicznych i jakościowych, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane.

2. W przypadku braku Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane uwzględnia się:

1) europejskie aprobaty techniczne;
2) wspólne specyfikacje techniczne;
3) Polskie Normy wprowadzające normy europejskie;
4) normy państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzające europejskie normy zharmonizowane;
5) Polskie Normy wprowadzające normy międzynarodowe;
6) Polskie Normy;
7) polskie aprobaty techniczne.

3. Można odstąpić od opisywania przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane, europejskich aprobat technicznych lub wspólnych specyfikacji technicznych, jeżeli:

1) nie zawierają one żadnych wymagań dotyczących zapewnienia zgodności z wymaganiami zasadniczymi lub
2) ich stosowanie nakładałoby na zamawiającego obowiązek używania wyrobów niewspółdziałających z już stosowanymi urządzeniami, lub
3) ich stosowanie nie byłoby właściwe ze względu na innowacyjny charakter przedmiotu zamówienia.

4. Do opisu przedmiotu zamówienia stosuje się nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.).

Art. 142. 1. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.

2. W części jawnej konkursu ofert komisja w obecności oferentów:

1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz liczbę złożonych ofert;
2) otwiera koperty lub paczki z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d oraz warunki, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2;

3) przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.

3. Oświadczenia lub wyjaśnienia przekazane za pomocą teleksu, poczty elektronicznej lub telefaksu uważa się za złożone w terminie, jeżeli ich treść dotarła do adresata przed upływem terminu i została niezwłocznie potwierdzona na piśmie przez przekazującego.

4. Ofertę sporządza się w języku polskim, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.

5. W części niejawnej konkursu ofert komisja może:

1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1;
2) nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

7. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.

Art. 143. 1. Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań następuje w przypadkach określonych w ustawie.

2. Przez rokowania rozumie się tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym prowadzi się postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej i warunków ich udzielania z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty lub większej liczby ofert oraz sprawny przebieg postępowania, nie mniejszą jednak niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń opieki zdrowotnej lub ograniczoną dostępność do świadczeń jest mniej świadczeniodawców mogących ich udzielać.

3. Rokowania składają się z części jawnej i niejawnej.

4. Do części jawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 142 ust. 2.

5. Do części niejawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 142 ust. 5.

Art. 144. Postępowanie w trybie rokowań może być przeprowadzone, jeżeli:

1) uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert lub
2) zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, lub
3) jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 145. 1. W przypadku, o którym mowa w art. 144 pkt 1, zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców, których oferty nie zostały odrzucone w unieważnionym konkursie ofert.

2. W przypadkach, o których mowa w art. 144 pkt 2 i 3, zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 146. 1. Prezes Funduszu określa:
1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujące w szczególności obszar terytorialny, dla którego jest przeprowadzane postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem taryfy świadczeń w przypadku jej ustalenia w danym zakresie oraz mając na uwadze konieczność stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronizacji;
3) w przypadku organizacji wspólnych postępowań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2d – zakres tych postępowań.

2. Szczegółowe warunki umów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, nie mogą dotyczyć warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, określonych w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d.

3. Przy opracowaniu szczegółowych warunków umów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, sporządza się uzasadnienie oraz informację dotyczącą skutków ich przyjęcia, w której wskazuje się:
1) rozwiązywany problem;

2) rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, oraz oczekiwany efekt;
3) podmioty, na które oddziałują warunki umów;
4) informację na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników przeprowadzonych konsultacji warunków umów;
5) skutki finansowe;
6) termin planowanego wdrożenia warunków umów;
7) w jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów przyjętych warunków umów oraz jakie mierniki zostaną zastosowane.

4. Projekt przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, Prezes Funduszu przedstawia właściwym konsultantom krajowym w celu zaopiniowania. Opinia jest przekazywana Prezesowi Funduszu w wyznaczonym przez niego terminie, nie krótszym niż 14 dni. Nieprzedłożenie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.

5. Określone przez Prezesa Funduszu przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umów, o których mowa w ust. 1 pkt 2, z wyjątkiem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczegółowych warunków umów dotyczących świadczeń z zakresu programów lekowych i chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji, stosuje się nie wcześniej niż przed upływem 30 dni od dnia ich wydania, chyba że minister właściwy do spraw zdrowia wyrazi zgodę na ich wcześniejsze stosowanie.

6. Określoną przez Prezesa Agencji taryfę świadczeń wprowadza się do stosowania nie później niż przed upływem 4 miesięcy od dnia jej opublikowania.

Art. 147. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

Art. 148. 1. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

1) jakości,
2) kompleksowości,
3) dostępności,
4) ciągłości,

5) ceny

– udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca:

1) przekazał Agencji w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2;
2) posiada ważną pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, albo ważną pozytywną opinię w sprawie protestu.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 149. 1. Odrzuca się ofertę:

1) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;
2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
3) jeżeli świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
6) jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną;
7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2;
8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez oddział wojewódzki Funduszu umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

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

3. W przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa

oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

Art. 150. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:

1) nie wpłynęła żadna oferta;
2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
3) odrzucono wszystkie oferty;
4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

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

Art. 151. 1. Jeżeli nie nastąpiło unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, komisja ogłasza o rozstrzygnięciu postępowania.

2. O rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonych w ogłoszeniu o konkursie ofert.

3. O rozstrzygnięciu rokowań ogłasza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 2 dni od zakończenia rokowań.

4. Ogłoszenia, o których mowa w ust. 2 i 3, zawierają nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany.

5. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje jego zakończenie.

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

według średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu rozstrzygnięcia postępowania.

7. (uchylony)

Art. 152. 1. Świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154.

2. Środki odwoławcze nie przysługują na:

1) wybór trybu postępowania;
2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 153. 1. W toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania, oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.

2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.

3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.

4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

Art. 154. 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

2. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

3. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

4. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

5. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, składa się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji, o której mowa w ust. 3.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydana na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy podlega natychmiastowemu wykonaniu.

6a. Stronami postępowania, o którym mowa w ust. 1–6, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1, lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4, oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

7. W przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

8. Od decyzji, o której mowa w ust. 6, świadczeniodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 155. 1. Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w art. 149 ust. 1 pkt 1 i 3–8, lub zawarto ją w wyniku postępowania, które zostało unieważnione.

3. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna w części wykraczającej poza przedmiot postępowania w sprawie zawarcia tej umowy.

4. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

5. Jeżeli umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stanowi inaczej, przeniesienie na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy wymaga pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Art. 156. 1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony, z zastrzeżeniem art. 159 ust. 2a. Zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na czas dłuższy niż 5 lat, a umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej na okres dłuższy niż 10 lat, wymaga zgody Prezesa Funduszu.

1a. W przypadku gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy.

1b. W przypadku braku możliwości zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji, w której świadczenia w danym zakresie udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej były udzielane przez jednego świadczeniodawcę na określonym obszarze, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może dokonać zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą w tym zakresie na obszarze sąsiadującym z tym obszarem, na okres nie dłuższy niż określony w ust. 1a.

1c. Dokonując zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 1b, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu bierze pod uwagę konieczność zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców oraz uwarunkowania komunikacyjne.

1d. Zmiana umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 1a i 1b, wymaga uzyskania zgody Prezesa Funduszu.

1e. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu jest obowiązany niezwłocznie przeprowadzić postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń objętych umową, której okres obowiązywania został przedłużony na podstawie ust. 1a i 1b, w przypadku gdy takie postępowanie nie zostało wszczęte albo zakończone.

2. (uchylony)

Art. 157. Do zmiany umowy nie stosuje się przepisów o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 158. 1. Nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

2. W przypadku konieczności wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 1, umowa w nowym brzmieniu obowiązuje do czasu zapewnienia świadczeń na podstawie nowego postępowania w sprawie zawarcia umowy.

Art. 159. 1. Przepisów art. 136 ust. 1 pkt 5 oraz przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami:

1) udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
2) wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej;
3) do umów, o których mowa w art. 41 ust. 1 ustawy o refundacji.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, zawiera się umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu.

2a. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawiera się na czas nieoznaczony.

<2b. Umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie:

Dodany ust. 2b w art. 159 wejdzie w życie z dn. 1.10.2020 r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217).

1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2, oraz osoby, o której

mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (budżet powierzony);

2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa);

3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).>

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zamieszcza na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz udostępnia w siedzibie tego oddziału informacje o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2.

4. Fundusz informuje o zabezpieczeniu świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie, w szczególności określając jego organizację i wyposażenie, uwzględniając rodzaj wykonywanych czynności oraz zapewnienie dostępności dla świadczeniobiorców.

Art. 159a. 1. Na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, kierowany do świadczeniodawcy wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1, zawierana jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia. Przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert i rokowań nie stosuje się.

2. W przypadku zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy, o której mowa w art. 95n ust. 14, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonuje zmiany lub rozwiązania umowy, o której mowa w ust. 1.

3. Ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1, nie może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139, dotycząca świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę na podstawie ust. 1 lub 2.

Art. 160. Świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje zażalenie na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące realizacji umowy.

Art. 161. 1. Zażalenie, o którym mowa w art. 160, rozpatruje, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania, Prezes Funduszu.

2. Zażalenie, o którym mowa w ust. 1, składa się wraz z uzasadnieniem za pośrednictwem właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia dokonania czynności przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2a. Prezes Funduszu, uwzględniając zażalenie w części lub w całości, nakłada na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w szczególności poprzez uchylenie czynności, której dotyczy zażalenie, i zawiadamia świadczeniodawcę w terminie 7 dni o uwzględnieniu zażalenia.

3. (uchylony)

3a. (uchylony)

3b. (uchylony)

3c. (uchylony)

Art. 161a. Do postępowania o zawarcie umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ich zawarcia i rozliczania stosuje się odpowiednio przepisy niniejszego rozdziału.

Art. 161b. 1. W przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. O zamiarze przeprowadzenia dodatkowego postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu informuje Prezesa Funduszu.

2. W dodatkowym postępowaniu mogą brać udział świadczeniodawcy spełniający warunki dotyczące:

1) personelu medycznego lub
2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną

– w zakresie warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, oraz pozostałe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w tych przepisach.

3. W wyniku rozstrzygnięcia dodatkowego postępowania, o którym mowa w ust. 1, może być zawarta ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 2, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w danym zakresie świadczeń gwarantowanych:

1) wyłącznie raz;
2) na okres nie dłuższy niż rok.

4. Do dodatkowego postępowania stosuje się odpowiednio przepisy art. 139–161. Przepisu art. 149 ust. 1 pkt 7, w zakresie warunków dotyczących personelu medycznego albo warunków dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, nie stosuje się.

5. Przy ustalaniu w umowie zawartej ze świadczeniodawcami, o których mowa w ust. 2, ceny świadczenia opieki zdrowotnej uwzględnia się zakres niedostosowania się tych świadczeniodawców do warunków, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d. W przypadku tych świadczeniodawców cena świadczenia opieki zdrowotnej jest niższa od najniższej ceny określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w ust. 1, ze świadczeniodawcą spełniającym warunki określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, dla tego samego rodzaju i zakresu świadczeń gwarantowanych oraz okresu obowiązywania ceny.

DZIAŁ VIA

Transport sanitarny

Art. 161ba. 1. Transport sanitarny wykonywany jest specjalistycznymi środkami transportu lądowego, wodnego i lotniczego.

2. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 1, muszą spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

Art. 161c. 1. Fundusz oraz podmiot leczniczy, zawierają umowy o wykonywanie transportu sanitarnego z podmiotami dysponującymi środkami transportu.

2. Do umów, o których mowa w ust. 1, zawieranych przez Fundusz stosuje się odpowiednio przepisy działu VI.

Art. 161d. 1. Działalność w zakresie lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest finansowana:

1) w formie dotacji podmiotowej z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w zakresie, o którym mowa w ust. 4;
2) przez podmiot leczniczy, na zlecenie którego dokonuje się transportu, w zakresie, o którym mowa w ust. 5.

2. Do zadań lotniczego zespołu transportu sanitarnego należy wykonywanie transportu sanitarnego, w tym transportu, o którym mowa w art. 41 ust. 1.

3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu transportu sanitarnego do wykonywania transportu, o którym mowa w art. 41 ust. 1, w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 6.

4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest dokonywana, z zastrzeżeniem ust. 5, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, w szczególności:

1) kosztów osobowych;
2) kosztów eksploatacyjnych;
3) kosztów administracyjno-gospodarczych;
4) odpisu amortyzacyjnego, z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację.

5. Kosztów bezpośredniego użycia lotniczego zespołu transportu sanitarnego związanych z transportem sanitarnym nie wlicza się do kosztów działalności tego zespołu. Do kosztów tych zalicza się:

1) koszt paliwa;
2) koszt opłat trasowych i za lądowanie.

6. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów transportu sanitarnego.

7. (uchylony)

8. (uchylony)

9. (uchylony)

Art. 161e. 1. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w stosunku do wszystkich podmiotów wykonujących transport sanitarny, oraz wojewodzie, w stosunku do podmiotów wykonujących transport sanitarny, mających siedzibę na obszarze województwa, przysługuje prawo przeprowadzania czynności kontrolnych polegających na stwierdzeniu spełnienia przez specjalistyczne środki transportu sanitarnego wymagań, o których mowa w art. 161ba ust. 1 i 2.

2. Do przeprowadzania czynności kontrolnych, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy działu VI ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

DZIAŁ VII

Nadzór

Art. 162. 1. Nadzór nad działalnością Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Na zasadach przewidzianych w ustawie i przepisach szczególnych nadzór w zakresie gospodarki finansowej Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw finansów publicznych, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

Art. 163. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości, nad działalnością:

1) Funduszu;
2) świadczeniodawców, w zakresie realizacji umów z Funduszem;
3) podmiotów, którym Fundusz powierzył wykonywanie niektórych czynności;
4) aptek, w zakresie refundacji leków.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji, w całości lub w części, w przypadku gdy:

1) narusza ona prawo lub
2) prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, lub
3) prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu.

3. Podjęcie przez ministra właściwego do spraw zdrowia decyzji w sprawach, o których mowa w ust. 2, wymaga pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie, o którym mowa w ust. 2 pkt 3.

4. Uchwały Rady Funduszu i decyzje Prezesa Funduszu Prezes Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich podjęcia.

5. Przepisów ust. 2–4 nie stosuje się do postępowania w sprawie zatwierdzenia planu finansowego, uchwał dotyczących sprawozdania finansowego, sprawozdań z wykonania planu finansowego oraz decyzji wydanych w wyniku wniesienia odwołania w trakcie postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w indywidualnych sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego oraz w sprawach wynikających z pełnienia funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.

Art. 164. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może badać decyzje podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz uchwały podejmowane przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Przepisy art. 163 ust. 2, 3 i 5 stosuje się odpowiednio.

Art. 165. 1. W ramach nadzoru minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:

1) żądania udostępnienia mu przez Fundusz dokumentów związanych z działalnością Funduszu lub ich kopii oraz zapoznawania się z ich treścią;
2) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności Funduszu, od Rady Funduszu, Prezesa i zastępców Prezesa Funduszu, rad oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracowników Funduszu oraz innych osób wykonujących pracę na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
3) żądania udostępnienia przez świadczeniodawcę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
4) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień, dotyczących czynności wykonywanych na rzecz Funduszu;
5) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 4, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących refundacji leków.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, przedstawiając pisemne żądanie, o którym mowa w ust. 1, wskazuje termin jego wykonania.

3. W razie stwierdzenia, na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień i dokumentów, o których mowa w ust. 1, przypadków naruszeń prawa, statutu Funduszu lub interesu świadczeniobiorców minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia odpowiednio Fundusz, świadczeniodawcę, podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, lub aptekę o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności powiadamianego podmiotu do przepisów prawa, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów prawa.

4. W przypadku gdy został złożony wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, termin do usunięcia nieprawidłowości, o którym mowa w ust. 3, liczy się od dnia doręczenia decyzji po rozpatrzeniu wniosku.

5. W terminie 3 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego do usunięcia nieprawidłowości Fundusz, świadczeniodawca, podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, lub apteka informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.

Art. 166. (uchylony)

Art. 167. 1. W przypadku naruszenia prawa, statutu Funduszu lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 128 ust. 5 i w art. 165 ust. 1 pkt 1–4, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na Prezesa Funduszu lub zastępcę Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, odpowiedzialnego za te naruszenia lub nieudzielanie wyjaśnień i informacji, karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę, niezależnie od innych środków nadzoru przewidzianych przepisami prawa.

2. W przypadku naruszenia prawa lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 5, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 168. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może żądać pisemnie niezwłocznego rozpatrzenia sprawy przez Radę Funduszu, Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, radę oddziału wojewódzkiego Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, jeżeli uzna to za konieczne do prawidłowego sprawowania nadzoru nad działalnością Funduszu.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia bierze udział albo deleguje swojego przedstawiciela do udziału w posiedzeniu podmiotów, o których mowa w ust. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia albo jego przedstawiciel jest uprawniony do zabierania głosu w sprawach objętych porządkiem obrad tych podmiotów.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić z pisemnym żądaniem, o którym mowa w ust. 1, określając termin, przed którego upływem posiedzenie podmiotów, o których mowa w ust. 1, powinno się odbyć.

4. Podmioty, o których mowa w ust. 1, są obowiązane niezwłocznie poinformować ministra właściwego do spraw zdrowia o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia.

5. Jeżeli w ciągu 7 dni od dnia doręczenia wezwania termin posiedzenia nie zostanie ustalony, zostanie ustalony z naruszeniem terminu określonego w wezwaniu lub minister właściwy do spraw zdrowia nie zostanie poinformowany o ustalonym terminie i miejscu posiedzenia, minister może zwołać posiedzenie podmiotów, o których mowa w ust. 1, na koszt Funduszu.

6. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w ust. 1–5 przysługują również ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych. Minister właściwy do spraw finansów publicznych i minister właściwy do spraw zdrowia informują się wzajemnie o wystąpieniu z żądaniem zwołania posiedzenia, o którym mowa w ust. 1, oraz o podjętych działaniach.

Art. 169. 1. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 165 przysługują odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Funduszu.

2. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 167 i art. 168 przysługują odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, w szczególności w przypadku:

1) działań powodujących niezrównoważenie przychodów z kosztami Funduszu;
2) niezatwierdzenia sprawozdania finansowego Funduszu;

3) niezatwierdzenia rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu;
4) przekroczenia terminów, o których mowa w rozdziale 2 działu V – z wyłączeniem przepisów dotyczących planu finansowego Funduszu;
5) nieprawidłowości w zakresie sprawozdań, o których mowa w art. 131 ust. 1.

Art. 170. 1. W razie nieusunięcia w wyznaczonym terminie przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, stwierdzonych nieprawidłowości, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości.

2. W razie nieusunięcia przez aptekę w wyznaczonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 171. 1. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 1–4, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości.

2. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 5, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez aptekę minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do sześciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.

Art. 172. W przypadkach określonych w art. 170 ust. 1 i art. 171 minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3.

Art. 173. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę:

1) działalności i stanu majątkowego Funduszu, w celu sprawdzenia, czy działalność Funduszu jest zgodna z prawem, statutem Funduszu lub z interesem świadczeniobiorców;
2) świadczeniodawców, w zakresie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub z interesem świadczeniobiorców;
3) podmiotów, o których mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, w zakresie wywiązywania się z umowy zawartej z Funduszem;
4) aptek, w zakresie refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

2. Przy przeprowadzaniu kontroli minister właściwy do spraw zdrowia może korzystać z usług firm audytorskich oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz.

3. Osoba przeprowadzająca kontrolę z upoważnienia ministra właściwego do spraw zdrowia nie może być jednocześnie:
1) pracownikiem Funduszu;
2) właścicielem świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
3) świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
4) pracownikiem świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt 3;
5) osobą współpracującą ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 3;
6) członkiem organów lub pracownikiem podmiotu tworzącego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;
7) członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

4. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym dziale do kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia stosuje się odpowiednio przepisy działu IIIA, z wyłączeniem art. 61w–61y.

5. Przepisy niniejszego działu dotyczące kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia stosuje się do kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Funduszu, o którym mowa w art. 165, art. 167 i art. 168.

Art. 174. (uchylony)

Art. 175. (uchylony)

Art. 176. (uchylony)

Art. 177. (uchylony)

Art. 178. (uchylony)

Art. 179. (uchylony)

Art. 179a. (uchylony)

Art. 180. (uchylony)

Art. 181. 1. Do postępowania przed ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie nadzoru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.

2. W sprawach, o których mowa w art. 163 ust. 2, art. 164, art. 165 ust. 3, art. 167, art. 170 i 171, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.

Art. 182. 1. Do postępowania przed ministrem właściwym do spraw finansów publicznych w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Funduszu stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.

2. W sprawach, o których mowa w art. 169, minister właściwy do spraw finansów publicznych wydaje decyzje administracyjne.

Art. 183. 1. Kary pieniężne, o których mowa w art. 167, 170 i 171, podlegają egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

2. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej nakładanej na podstawie przepisów ustawy minister właściwy do spraw zdrowia jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych nieprawidłowości.

3. Od decyzji w sprawie kar pieniężnych przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 184. Od decyzji administracyjnych, o których mowa w niniejszym dziale, przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 185. Minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia podmiot tworzący, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, o nieprawidłowościach stwierdzonych u świadczeniodawcy oraz

wydanych decyzjach mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności podmiotu, którego dotyczy decyzja, do przepisów prawa.

Art. 186. Osoby wykonujące w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub ministra właściwego do spraw finansów publicznych czynności nadzoru nad Funduszem nie mogą:

1) być członkami organów Funduszu;
2) być pracownikami Funduszu;
3) wykonywać pracy na rzecz Funduszu na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia;
4) być świadczeniodawcami, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
5) być członkami organów lub pracownikami podmiotów, o których mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, ani też wykonywać pracy na ich rzecz na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia.

Art. 187. 1. Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, przyjęte przez Radę Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 sierpnia roku następnego, roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, o którym mowa w ust. 1, po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.

DZIAŁ VIII

Przetwarzanie i ochrona danych

Art. 188. 1. Fundusz przetwarza dane osobowe ubezpieczonych w celu:

1) stwierdzenia istnienia ubezpieczenia zdrowotnego oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz;

2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;
3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;
4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
4a) potwierdzenia udzielenia świadczeń;
4b) przekazywania świadczeniodawcom informacji istotnych dla procesu udzielania świadczeń zdrowotnych dotyczących świadczeniobiorców pozostających pod opieką tych świadczeniodawców, a dotyczących świadczeń udzielonych przez innych świadczeniodawców;
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, w tym prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją zadań, o których mowa w art. 97;
9) identyfikacji płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne;
10) prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c;
10a) prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej;
11) prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych, o którym mowa w art. 188e;
12) przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
13) przekazywania świadczeniobiorcom i świadczeniodawcom informacji z zakresu profilaktyki i zdrowego trybu życia, uzyskanych w ramach przetwarzania danych, o których mowa w pkt 8.

1a. Fundusz przetwarza dane osobowe osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, w celu:

1) rozliczania ze świadczeniodawcami;
2) rozliczania dotacji, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt 5;

3) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
5) potwierdzenia udzielenia świadczeń.

1b. Fundusz przetwarza dane osobowe świadczeniobiorców, w celu rozliczania kosztów refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych.

2. Fundusz przetwarza dane osobowe osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz umów międzynarodowych w celu:

1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej;
2) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
4a) potwierdzenia udzielenia świadczeń;
5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
6) prowadzenia punktu kontaktowego, o którym mowa w art. 97 ust. 3d.

2a. Fundusz przetwarza dane osobowe w celu realizacji zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2 i 3a.

2b. Fundusz przetwarza następujące dane osobowe pacjentów z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 97a ust. 2 i 5:

1) nazwisko i imię (imiona);
2) obywatelstwo;
3) data urodzenia;
4) numer identyfikacyjny pacjenta w państwie ubezpieczenia;
5) numer dokumentu tożsamości;
6) informacje o stanie zdrowia;
7) informacje o świadczeniach zdrowotnych udzielonych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

8) informacje o lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych zakupionych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2c. Fundusz przetwarza dane osobowe związane z wystawianiem recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne oraz z ich realizacją w aptece lub wystawianiem zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza dane osobowe:

1) ubezpieczonych w celu określonym w ust. 1 pkt 4–8 oraz w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1a;
2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w celu określonym w ust. 2 pkt 2 i 3 oraz w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1a;
3) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2–4, w celu określonym w ust. 1 pkt 4–8 oraz w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1a.

4. W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1–3, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz przetwarzają następujące dane:

1) nazwisko i imię (imiona);
2) nazwisko rodowe;

Dodany pkt 2a w ust. 4 w art. 188 wejdzie w życie z dn. 30.09.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590).

<2a) numery PESEL rodziców;>

3) data urodzenia;
4) płeć;
5) obywatelstwo;
6) (uchylony)
7) numer PESEL;
8) (uchylony)
9) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL;
10) adres zamieszkania;
11) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;

11a) adres zameldowania;

11b) adres do korespondencji i inne dane pozwalające na skontaktowanie się z osobą, której dane Fundusz przetwarza w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;

12) numer ubezpieczenia;

13) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;

14) stopień niepełnosprawności;

15) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 43 ust. 1, art. 44 ust. 1, art. 45 ust. 1, art. 46 ust. 1 i art. 47, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy;

15a) informacja o uprawnieniu, o którym mowa w *[art. 43a ust. 1]* **<art. 43a ust. 1 i 1a>**;

Zmiana w pkt 15a w ust. 4 w art. 188 wejdzie w życie z dn. 1.07.2020 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590).

16) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, osobom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz osobom, o których mowa w art. 12 i art. 12a;

17) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;

18) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

19) dane dotyczące lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiających receptę na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne lub osób wystawiających zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji;

20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną, o których mowa w pkt 19;

21) dane dotyczące apteki realizującej receptę na refundowane leki i wyroby medyczne;

22) data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;

22a) kod tytułu ubezpieczenia;

22b) data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;

22c) data wypełnienia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;

23) data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;

23a) data wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;

24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne, oraz dane dotyczące opłaconych, nieopłaconych, nieopłaconych w terminie i należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz ze wskazaniem okresu, jakiego dotyczą;
25) dane o płatniku składki na ubezpieczenie zdrowotne;
26) typ dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej;
27) data zgonu;
28) dane dotyczące wypadków przy pracy i chorób zawodowych, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
29) informacje, określające ustawodawstwo właściwe zgodnie z przepisami o koordynacji, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
30) dane o przychodach z tytułów rodzących obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego;
31) okres uprawnień wynikających z art. 67 ust. 6 i 7;
32) informacje, czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
33) kod przyczyny wyrejestrowania z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

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

5a. Informacje i dane zgromadzone w Funduszu udostępnia się:
1) nieodpłatnie organom egzekucyjnym określonym w art. 19 i art. 20 ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji (Dz. U. z 2018 r. poz. 1314, z późn. zm.[19)]) – w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania egzekucyjnego;
2) odpłatnie komornikom sądowym – w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania egzekucyjnego lub zabezpieczającego albo wykonywania postanowienia o zabezpieczeniu spadku lub sporządzania spisu inwentarza.

[19)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1356, 1499, 1629, 2192, 2193 i 2432 oraz z 2019 r. poz. 730.

5b. Opłata za udzielenie przez Fundusz komornikom sądowym informacji i danych, dotyczących jednego świadczeniobiorcy lub jednego płatnika składek, wynosi 50 zł.

5c. Kwota, o której mowa w ust. 5b, podlega waloryzacji o prognozowany w ustawie budżetowej na dany rok średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem ogłaszany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

5d. Komornik sądowy dołącza do wniosku o udzielenie informacji i danych kopię dowodu dokonania opłaty, o której mowa w ust. 5b, na rachunek wskazany przez Fundusz.

5e. Informacje i dane zgromadzone w Funduszu, w zakresie wskazanym w ust. 5f, udostępnia się nieodpłatnie, drogą elektroniczną, następującym podmiotom:

1) za pośrednictwem ministra właściwego do spraw rodziny:
   a) organowi właściwemu, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2220, z późn. zm.[20)]), i wojewodzie w celu weryfikacji prawa do świadczeń rodzinnych osób ubiegających się o te świadczenia lub osób je pobierających oraz członków ich rodzin,
   b) organowi właściwemu wierzyciela, o którym mowa w art. 2 pkt 10 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o pomocy osobom uprawnionym do alimentów (Dz. U. z 2019 r. poz. 670 i 730), w celu weryfikacji prawa do świadczeń z funduszu alimentacyjnego osób ubiegających się o te świadczenia lub osób je pobierających oraz członków ich rodzin,
   c) organowi właściwemu, o którym mowa w art. 2 pkt 11 ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2018 r. poz. 2134, z późn. zm.[21)]), i wojewodzie w celu weryfikacji prawa do świadczeń wychowawczych osób ubiegających się o te świadczenia lub osób je pobierających oraz członków ich rodzin;
2) ministrowi właściwemu do spraw rodziny w celu:

[20)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 2354 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 577, 730, 752 i 924.

[21)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 2354 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 577, 730 i 924.

a) umożliwienia organom właściwym i wojewodom weryfikacji prawa do świadczeń, o których mowa w pkt 1,

b) w celu monitorowania przez ministra właściwego do spraw rodziny realizacji świadczeń, o których mowa w pkt 1.

5f. Zakres udostępnianych danych i informacji obejmuje: imię i nazwisko, numer PESEL, a także informację o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej według stanu na dzień udostępniania. W przypadku osoby, która nie ukończyła 18. roku życia i nie została zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego, informacja o prawie do świadczeń obejmuje także informację, że dana osoba nie jest objęta ubezpieczeniem zdrowotnym.

5g. Minister właściwy do spraw rodziny i Fundusz uzgadniają warunki techniczne i organizacyjne wymiany danych, o której mowa w ust. 5e.

6. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby spośród wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 2–9, wobec których, z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa form i metod realizacji zadań podlegających ochronie zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, stosuje się odrębny tryb przetwarzania danych, o których mowa w ust. 4. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.

Art. 188a. W celu realizacji zadań określonych w ustawie Fundusz przetwarza następujące dane osobowe osób wystawiających recepty na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, osób wystawiających zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, osób udzielających świadczeń na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ubiegających się o zawarcie takich umów:

1) nazwisko i imię (imiona);

2) nazwisko rodowe;

3) numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;

4) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku osób, którym nadano ten numer;

5) dotyczących kompetencji zawodowych istotnych z punktu widzenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Funduszem;

6) informacji o prawomocnych orzeczeniach sądów o skazaniu za przestępstwo określone w art. 54 ust. 2, 3 lub 5 ustawy o refundacji lub art. 228–230, art. 286 lub art. 296a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Art. 188b. W celu realizacji zadań określonych w art. 97a ust. 2 pkt 3 Fundusz przetwarza następujące dane dotyczące osób wykonujących zawody medyczne:

1) nazwisko i imię (imiona);
2) informacje na temat prawa wykonywania zawodu oraz kwalifikacji zawodowych.

Art. 188ba. 1. Fundusz przetwarza dane osobowe osób ubiegających się o nadanie dostępu lub korzystających z aplikacji udostępnianych przez Fundusz świadczeniodawcom oraz niebędącym świadczeniodawcami osobom uprawnionym i osobom przez nie upoważnionym, w celu korzystania z usług informatycznych i komunikacji z Funduszem.

2. W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, Fundusz przetwarza następujące dane:

1) nazwisko i imię (imiona);
2) numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
3) adres miejsca zamieszkania;
4) adres do korespondencji i numer telefonu umożliwiające kontakt z osobą, której dane Fundusz przetwarza;
5) numer prawa wykonywania zawodu oraz kwalifikacje zawodowe.

Art. 188c. 1. Prezes Funduszu jest obowiązany do prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, o których mowa w ustawie o refundacji.

2. Elektroniczny system monitorowania programów lekowych umożliwia przetwarzanie danych w zakresie:

1) spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu lekowego;
2) kwalifikacji świadczeniobiorców do programu lekowego;
3) zastosowanej terapii, w tym sposobu podawania i dawkowania leku albo środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
4) monitorowania przebiegu terapii i oceny jej skuteczności;

5) terminu i przyczyny wyłączenia z programu lekowego;
6) oceny skuteczności programu lekowego.

3. Warunkiem rozliczenia kosztów leku stosowanego w ramach programu lekowego oraz kosztów związanych z nim świadczeń opieki zdrowotnej jest prawidłowe i terminowe przekazanie danych, o których mowa w ust. 2.

4. W przypadku utworzenia nowego programu lekowego:
1) Prezes Funduszu dostosowuje system, o którym mowa w ust. 1, do nowego programu lekowego w terminie 4 miesięcy od dnia ogłoszenia pierwszego obwieszczenia, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, zawierającego ten program;
2) warunek, o którym mowa w ust. 3, obowiązuje od pierwszego dnia 6 miesiąca następującego po dniu ogłoszenia pierwszego obwieszczenia, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, zawierającego ten program.

5. W przypadku zmiany programu lekowego, Prezes Funduszu dostosowuje system, o który mowa w ust. 1, do tej zmiany w terminie 4 miesięcy od dnia ogłoszenia obwieszczenia, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, zawierającego tę zmianę.

6. Fundusz przetwarza dane w zakresie realizacji programów lekowych, o których mowa w ustawie o refundacji.

Art. 188d. Jednostka samorządu terytorialnego, w celu realizacji zadań, o których mowa w art. 9a i art. 9b, przetwarza dane dotyczące:
1) osób, którym udzielono świadczenia gwarantowane na podstawie umowy, o której mowa w art. 9b ust. 1, obejmujących:
   a) nazwisko i imię (imiona),
   b) datę urodzenia,
   c) płeć,
   d) obywatelstwo,
   e) numer PESEL,
   f) serię i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL,
   g) adres miejsca zamieszkania,
   h) informacje o świadczeniach gwarantowanych udzielonych na podstawie umowy, o której mowa w art. 9b ust. 1, oraz przyczynie ich udzielenia;

2) osób udzielających świadczeń gwarantowanych udzielonych na podstawie umowy, o której mowa w art. 9b ust. 1, obejmujących:
   a) nazwisko i imię (imiona),
   b) numer PESEL,
   c) serię i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL,
   d) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku osób, którym nadano ten numer,
   e) informację o prawomocnych orzeczeniach sądów o skazaniu za przestępstwo określone w art. 228–230, art. 286 lub art. 296a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

Art. 188e. 1. Prezes Funduszu jest obowiązany do prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych w celu:
1) dokonywania oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego oraz oceny badań i kwalifikacji świadczeniobiorców do grup ryzyka;
2) rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w związku z realizacją programów zdrowotnych;
3) monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz stanu zdrowia świadczeniobiorców, w związku z realizacją programów zdrowotnych;
4) prowadzenia profilaktyki zdrowotnej, w szczególności przez informowanie świadczeniobiorców o możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń mających na celu profilaktykę zdrowotną;
5) dokonywania oceny skuteczności programów zdrowotnych.

2. W elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych przetwarza się dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7, 9–11, 11b, 15, 16, 17 i 26, oraz jednostkowe dane medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, związane z prowadzeniem profilaktyki zdrowotnej, w tym dane o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej.

3. Dane, o których mowa w ust. 2, są przekazywane do elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych przez świadczeniodawców realizujących programy zdrowotne.

4. Dostęp do danych przetwarzanych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych mają:

1) Fundusz;
2) minister właściwy do spraw zdrowia, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 3–5, jeżeli obowiązek ich realizacji wynika z przepisów prawa, programów polityki zdrowotnej lub programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
3) świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 3, w zakresie przekazywanych przez nich danych.

5. Dane, o których mowa w ust. 2, mogą być udostępniane, na podstawie pisemnej umowy, podmiotom biorącym udział w realizacji programów polityki zdrowotnej lub programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3–5.

Art. 189. 1. (uchylony)

2. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych, o których mowa w art. 190 ust. 1 i 2.

3. (uchylony)

Art. 189a. Fundusz przekazuje wojewodzie oraz marszałkowi województwa zbiorcze informacje o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom zamieszkującym na terenie województwa przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa, niezbędne do realizacji zadań określonych w ustawie.

Art. 190. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji, w tym w harmonogramie przyjęć, oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków

publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

1a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, do których dostępność, mierzona średnim czasem oczekiwania, jest znacznie utrudniona, minister właściwy do spraw zdrowia w przepisach wydanych na podstawie ust. 1 może określić wykaz świadczeń gwarantowanych, w przypadku których harmonogramy przyjęć są prowadzone przez świadczeniodawców udzielających tych świadczeń w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców posiadających umowę z Funduszem o udzielanie całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych związanych z nabywaniem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w szczególności strony transakcji, numer faktury, datę faktury, ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego i ich ceny jednostkowej oraz wartość faktury, a także zastosowane rabaty lub upusty, biorąc pod uwagę zakres danych zawartych w dokumentacji zakupu.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) zakres informacji zawartych w rocznych i okresowych sprawozdaniach z działalności Funduszu,
2) wzór sprawozdania okresowego z działalności Funduszu oraz sposób i terminy jego przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia,
3) minimalny zakres zbiorczych informacji przekazywanych przez Fundusz wojewodom oraz marszałkom województw na podstawie art. 189a, sposób i terminy ich przekazywania oraz wzór budowy komunikatów elektronicznych służących do przekazywania tych informacji

– uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz konieczność zapewnienia jednolitości przekazywanych informacji.

4. (uchylony)

Art. 191. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza dane dotyczące ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z ustawy.

2. Fundusz przetwarza dane osobowe świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, w celu:

1) rozliczania ze świadczeniodawcami;
2) kontroli:
   a) rodzaju, zakresu i przyczyn udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
   b) przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
3) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni na świadczenia opieki zdrowotnej, leki i wyroby medyczne.

2a. Minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza dane osobowe świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni, w celu:

1) finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;
2) kontroli:
   a) rodzaju, zakresu i przyczyn udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,
   b) przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
3) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni na świadczenia opieki zdrowotnej, leki i wyroby medyczne.

3. W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia oraz Fundusz przetwarzają następujące dane:

1) nazwisko i imię;
2) numer PESEL;
3) (uchylony)
4) seria i numer dowodu osobistego lub paszportu – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL;
5) dane dotyczące rodzaju i zakresu udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.

3a. Informacje i dane zgromadzone w Funduszu oraz w Agencji udostępnia się nieodpłatnie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia zlecanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych oraz minister właściwy do spraw zdrowia przetwarzają informacje niezbędne do realizacji zadań wynikających z ustawy.

Art. 191a. Rozliczenia ze świadczeniodawcami i aptekami Fundusz realizuje poprzez System Rejestru Usług Medycznych – „RUM – NFZ", o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Art. 192. 1. Fundusz na żądanie świadczeniobiorcy informuje go o:

1) posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa, a w przypadku gdy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerze identyfikacji podatkowej (NIP) i numerze REGON płatnika ubezpieczenia zdrowotnego – na podstawie informacji przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;
2) udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób, tryb i terminy występowania do Funduszu oraz udostępniania przez Fundusz informacji, o których mowa w ust. 1, mając na uwadze zakres informacji, o jaką występuje świadczeniobiorca, konieczność zapewnienia właściwej identyfikacji i uwierzytelniania świadczeniobiorcy i osoby działającej w cudzym imieniu oraz ochrony danych osobowych przed nieuprawnionym dostępem lub ujawnieniem.

[3. Fundusz udostępnia świadczeniobiorcy dane go dotyczące, przetwarzane w Internetowym Koncie Pacjenta, o którym mowa w art. 2 pkt 19 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

4. Jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia jest obowiązana zapewnić Funduszowi dostęp do informacji przetwarzanych w Internetowym Koncie Pacjenta.]

Przepis uchylający ust. 3 i 4 w art. 192 wejdzie w życie z dn. 30.09.2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590).

Art. 192a. 1. Fundusz może zwrócić się z wnioskiem do:

1) świadczeniobiorcy o informację w zakresie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej,
2) świadczeniodawcy o nieodpłatne udostępnienie dokumentacji medycznej

– w celu potwierdzenia udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;

3) apteki o udostępnienie recept realizowanych w postaci papierowej w celu potwierdzenia realizacji recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

2. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 1, mogą być wykorzystywane przez Fundusz w celu prowadzenia czynności, o których mowa w dziale IIIA, z zachowaniem ograniczeń wynikających z przepisów art. 61z.

DZIAŁ IX

Przepisy karne

Art. 192b. (uchylony)

Art. 192c. (uchylony)

Art. 193. Kto:

1) nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenie zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia,

1a) nie dokonuje w terminie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego,

2) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego,

3) nie odprowadza w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne,

4) pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

5) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej,

5a) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu możliwość zapisywania się na listy oczekujących,

6) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny,

7) podaje w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz nieprawdziwe informacje i dane

– podlega karze grzywny.

Art. 194. Odpowiedzialności przewidzianej w art. 193 podlega także ten, kto dopuszcza się czynów określonych w tych przepisach, działając w imieniu osoby prawnej albo jednostki organizacyjnej nieposiadającej osobowości prawnej.

Art. 194a. Kto zatrudnia kontrolera wbrew warunkom określonym w art. 112 ust. 4,

podlega karze aresztu albo karze grzywny.

Art. 195. Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 193–194a, następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

DZIAŁ X

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 196–228. (pominięte)

DZIAŁ XI

Przepisy przejściowe, dostosowawcze i końcowe

Art. 229. Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o:

1) ustawie:
   a) o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,
   b) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
   – rozumie się przez to niniejszą ustawę;
2) przepisach:
   a) o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,
   b) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
   – rozumie się przez to niniejszą ustawę oraz przepisy wydane na jej podstawie.

Art. 230. Ubezpieczeni na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. poz. 391, z późn. zm.[22)]) stają się z dniem wejścia w życie ustawy ubezpieczonymi na podstawie niniejszej ustawy.

Art. 231. 1. Fundusz zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym.

[22)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. poz. 660, 874, 1143, 1176, 1268, 1609, 1864, 1956, 2037, 2217 i 2255 oraz z 2004 r. poz. 37, 177, 593, 892, 896, 959, 1001, 1252, 1264, 1546 i 1925.

2. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte na okres dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2004 r. podlegają rozwiązaniu z mocy prawa z dniem 31 grudnia 2004 r., chyba że w terminie 14 dni od dnia wejścia ustawy w życie świadczeniodawca, z którym zawarto taką umowę, oświadczy Funduszowi, że pozostaje nią związany. Oświadczenie składa się na piśmie pod rygorem nieważności.

3. W razie niemożności zawarcia do dnia 31 grudnia 2004 r. umów na 2005 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywanie dotychczasowych umów zawartych ze świadczeniodawcami na okres do dnia 31 grudnia 2004 r. może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2005 r., w drodze zmiany umowy dokonanej nie później niż do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 232. 1. Fundusz wstępuje w prawa i obowiązki Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251.

2. Mienie Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, staje się z dniem wejścia w życie ustawy z mocy prawa mieniem Funduszu, z tym że mienie otrzymane od Skarbu Państwa zalicza się na fundusz podstawowy Funduszu.

3. Umowy, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, nabył prawo do używania nieruchomości, wygasają po upływie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, chyba że w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia ustawy w życie Prezes Funduszu oświadczy drugiej stronie umowy, że pozostaje nią związany. Oświadczenie Prezes Funduszu składa na piśmie pod rygorem nieważności.

4. Przepis ust. 3 nie dotyczy umów, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, nabył własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości.

5. Przejście praw i mienia Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, na Fundusz następuje nieodpłatnie oraz jest wolne od podatków i opłat.

Art. 233. 1. Bilans zamknięcia Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, staje się bilansem otwarcia Funduszu.

2. Plan finansowy na 2005 r. Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, staje się planem finansowym Funduszu. Przepisy ustawy dotyczące planu finansowego Funduszu stosuje się odpowiednio.

3. Sprawozdanie finansowe za rok 2004 Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, jest zatwierdzane w trybie określonym w art. 130 ust. 3.

Art. 234. 1. Ujawnienie w księgach wieczystych praw własności nieruchomości i użytkowania wieczystego nieruchomości, wynikających z przejęcia przez Fundusz mienia, o którym mowa w art. 232 ust. 2, następuje na wniosek Prezesa Funduszu, na podstawie oświadczenia woli, o którym mowa w art. 239 ust. 2 pkt 5.

2. Postępowanie w przedmiocie wpisów jest wolne od opłat sądowych.

Art. 235. Fundusz przejmuje zbiory danych prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, w tym zbiory danych osobowych. W przypadku zbiorów danych znajdujących się w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, zbiory te stają się zbiorami danych właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Art. 236. (pominięty)

Art. 237. Z dniem wejścia w życie ustawy:

1) wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, stają się z mocy prawa oddziałami wojewódzkimi Funduszu;
2) centrala Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, staje się centralą Funduszu.

Art. 238. 1. Pracownicy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, z dniem wejścia w życie ustawy stają się, z mocy prawa, pracownikami Funduszu, zatrudnionymi na stanowiskach pracy we właściwych oddziałach wojewódzkich.

2. Pracownicy centrali Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, z dniem wejścia w życie ustawy stają się, z mocy prawa, pracownikami Funduszu zatrudnionymi na stanowiskach pracy w centrali tego Funduszu.

Art. 239. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad organizowaniem Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania konieczne do realizacji celów ustawy, a w szczególności:

1) powołuje Komisję Inwentaryzacyjną w celu ustalenia mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, które zostanie przekazane do Funduszu, w tym określenia, które ze składników majątkowych Narodowego Funduszu Zdrowia pochodzą z mienia Skarbu Państwa;
2) sporządza wykazy mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych, w tym odrębny wykaz mienia Skarbu Państwa, które zostało przejęte przez Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, po zlikwidowanych kasach chorych i ich jednostkach organizacyjnych;
3) przygotowuje przejęcie przez Fundusz mienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych, a w szczególności środków trwałych i wyposażenia;
4) przygotowuje przejęcie przez Fundusz praw majątkowych i niemajątkowych Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, oraz wszystkich jego jednostek organizacyjnych;
5) złoży, w formie aktu notarialnego, oświadczenie woli o wniesieniu do Funduszu mienia Skarbu Państwa, o którym mowa w pkt 2.

3. Mienie Skarbu Państwa, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zalicza się na poczet funduszu podstawowego Funduszu.

4. Do czasu złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 5, Fundusz wykonuje uprawnienia Narodowego Funduszu Zdrowia, utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, w zakresie, w jakim ten fundusz wykonywał te uprawnienia do dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 240. 1. Do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

2. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ust. 1, jest dokument potwierdzający kwotę przekazanej emerytury lub renty, w tym w szczególności odcinek przekazu lub wyciąg.

3. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym fakt objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym może być legitymacja emeryta (rencisty) wydawana na podstawie odrębnych przepisów.

Art. 241. Fundusz finansuje świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 3 udzielone po dniu wejścia w życie ustawy.

Art. 242. Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 79 ust. 1, wynosi:

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

Art. 243. (pominięty)

Art. 244. (uchylony)

Art. 245. Osoby ubezpieczające się dobrowolnie nie wnoszą opłaty, o której mowa w art. 68 ust. 7, jeżeli ubezpieczą się w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 246. Postępowania w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie ustawy toczą się przed Prezesem Funduszu na dotychczasowych zasadach.

Art. 247. (pominięty)

Art. 248. (pominięty)

Art. 249. 1. Do czasu powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 98 ust. 1, organy Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, oraz dyrektorzy oddziałów wojewódzkich tego Funduszu pełnią swoje funkcje na dotychczasowych zasadach, przy czym Prezes Funduszu i dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu pełnią swoje funkcje nie dłużej niż 3 miesiące od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Z dniem powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 98 ust. 1, organy Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 251, stosunki pracy dyrektorów oddziałów wojewódzkich tego Funduszu ulegają rozwiązaniu oraz wygasają kadencje rad społecznych.

Art. 250. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania zmierzające w szczególności do powołania jednostki organizacyjnej mającej za zadanie dokonywanie oceny procedur medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem procedur medycznych będących przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 251. Traci moc ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. poz. 391, z późn. zm.[22)]).

Art. 252. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 października 2004 r., z wyjątkiem:

1) art. 201, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.;
2) art. 239 ust. 1 i 2, które wchodzą w życie z dniem ogłoszenia[23)] ustawy.

Załącznik do ustawy
z dnia 27 sierpnia 2004 r.

(uchylony)

[23)] Ustawa została ogłoszona w dniu 27 września 2004 r.