



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IV kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-68-04

Druk nr 2976
Warszawa, 11 czerwca 2004 r.

Pan
Józef Oleksy
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych**
wraz z projektami podstawowych aktów wykonawczych.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z szacunkiem

(-) Marek Belka

USTAWA

z dnia

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁾

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;
- 3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 4) zasady obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) podstawy instytucjonalno-proceduralne do stosowania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz.

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, ustawę z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe, ustawę z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej, ustawę z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, ustawę z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, ustawę z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawę z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, ustawę z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest, ustawę z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, ustawę z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne, ustawę z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych, ustawę z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, ustawę z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawę z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, ustawę z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach, ustawę z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, ustawę z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego, ustawę z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe i naprawcze, ustawę z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, ustawę z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych, ustawę z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ustawę z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.

WE L 149 z 5.07.1971, str. 2 i n., z późn. zm.) i rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającego przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo (Dz. Urz. WE L 124 z 20.05.2003, str. 1 i n., z późn. zm.);

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

7) zasady funkcjonowania, organizację i zadania Agencji Oceny Technologii Medycznych;

8) zasady i tryb ustalania zakresu finansowania wartości i cen świadczeń, o których mowa w pkt 1;

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

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

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

2) inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - zwane dalej „świadczeniobiorcami”.

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

Art. 3. 1. Ubezpieczonymi są:

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

Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;

2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zgody na pobyt tolerowany lub posiadające status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej albo korzystające z ochrony czasowej na jej terytorium;

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

- jeżeli podlegają zgodnie z art. 74 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 76;

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

a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.²⁾),

b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.³⁾).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459, Nr 72, poz. 748, Nr 100, poz. 1080, Nr 110, poz. 1189, Nr 111, poz. 1194, Nr 130, poz. 1452 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365, Nr 74, poz. 676, Nr 155, poz. 1287, Nr 169, poz. 1387, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679 i Nr 241, poz. 2074, z 2003 r. Nr 56, poz. 498, Nr 65, poz. 595, Nr 135, poz. 1268, Nr 149, poz. 1450, Nr 166, poz. 1609, Nr 170, poz. 1651, Nr 190, poz. 1864, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177.

2. Ubezpieczonymi są także:

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

2) członkowie zakonów oraz alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów i ich odpowiednicy nieposiadający obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wize, zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony;

3) odbywający staż adaptacyjny;

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

- jeżeli ubezpieczają się dobrowolnie;

5) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 74 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 74 ust. 2 i 3, ani nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

6) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2, zamieszkujący na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 74 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 74 ust. 2 i 3.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 60, poz. 636, z 2000 r. Nr 45, poz. 531, z 2001 r. Nr 73, poz. 764, z 2002 r. Nr 113, poz.

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, aptekę zakładową prowadzoną w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub punkt apteczny;
- 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, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
 - b) małżonka,
 - c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 4) efektywność zdrowotna - stosunek pozytywnych i negatywnych wyników postępowania medycznego określający skuteczność i bezpieczeństwo technologii medycznej;
- 5) felczer ubezpieczenia zdrowotnego - felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) infrastruktura zdrowotna – zespół urządzeń i instytucji usługowych niezbędnych do zapewnienia należytego funkcjonowania ochrony zdrowia;
- 7) inwalida wojenny lub wojskowy - osobę, o której mowa w art. 6-8 lub w art. 30 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 87 i Nr 181, poz. 1515 oraz z 2003 r. Nr 56, poz. 498 i Nr 210, poz. 2036);

8) instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę – instytucję wypłacającą rentę strukturalną zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych i przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej;

9) kombatant - osobę, o której mowa w art. 1-4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371 i Nr 181, poz. 1515, z 2003 r. Nr 72, poz. 658 oraz z 2004 r. Nr 46, poz. 444);

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

11) lek podstawowy - produkt leczniczy ratujący życie lub niezbędny w terapii dla przywracania lub poprawy zdrowia, stosowany jako element technologii medycznej spełniający łącznie następujące warunki:

a) przewidywany efekt terapeutyczny produktu leczniczego jest korzystny ze względu na jego skuteczność i bezpieczeństwo grupy świadczeniobiorców cechującej się określonymi wskazaniami do leczenia tym produktem,

b) koszty uzyskania efektu terapeutycznego są porównywalne w stosunku do innych sposobów postępowania medycznego,

c) koszty terapii przy zastosowaniu tego produktu leczniczego uwzględniają możliwości finansowe Funduszu;

12) lek recepturowy - produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;

13) lek uzupełniający - produkt leczniczy wspomagający lub uzupełniający działanie leków podstawowych, a także produkt leczniczy o zbliżonych właściwościach terapeutycznych do leku podstawowego, a niespełniający kryterium określonego w pkt 11 lit. c oraz produkt leczniczy o działaniu antykoncepcyjnym;

14) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej - lekarza, który ukończył szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie: medycyny rodzinnej, medycyny ogólnej, chorób wewnętrznych lub pediatrii będącego świadczeniodawcą, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej albo jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;

15) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - lekarza, lekarza dentyście będącego świadczeniodawcą, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo lekarza, lekarza dentyście, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód

u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

16) minimalne wynagrodzenie - minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. Nr 200, poz. 1679);

17) nazwa międzynarodowa leku - nazwę leku zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia;

18) 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. Nr 123, poz. 776, z późn. zm.⁴⁾);

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

20) osoba pobierająca emeryturę lub rentę - osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U. Nr 52, poz. 539) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. Nr 229, poz. 2273);

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

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

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

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1082, z 1998 r. Nr 99, poz. 628, Nr 106, poz. 668, Nr 137, poz. 887, Nr 156, poz. 1019 i Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 49, poz. 486, Nr 90, poz. 1001, Nr 95, poz. 1101 i Nr 111, poz. 1280, z 2000 r. Nr 48, poz. 550 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 39, poz. 459, Nr 100, poz. 1080, Nr 125, poz. 1368, Nr 129, poz. 1444 i Nr 154, poz. 1792 i 1800, z 2002 r. Nr 169, poz. 1387, Nr 200, poz. 1679 i 1683 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 90, poz. 844, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2262.

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

25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących oraz środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących oraz środowiska nauczania i wychowania, udzielająca świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

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

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

28) położna podstawowej opieki zdrowotnej – położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne z pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, udzielająca świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

29) potrzeby zdrowotne - liczbę świadczeń opieki zdrowotnej, która powinna być zapewniona w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;

30) program zdrowotny - zespół zaplanowanych i zamierzonych czynności, technologii medycznych lub środków z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako bezpieczne i skuteczne umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie

założonego celu, polegającego na zaspokojeniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, finansowany ze środków publicznych;

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

32) przepisy o koordynacji - przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, określone w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz rozporządzeniu Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo;

33) stan nagły – stan, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207, Nr 154, poz. 1801, z 2002 r. Nr 241, poz. 2073, z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 124, poz. 1152 oraz z 2004 r. Nr ... poz. ...);

34) świadczenie gwarantowane – działanie będące technologią medyczną lub składające się z technologii medycznych, finansowane w całości ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie;

35) świadczenia opieki zdrowotnej - świadczenia zdrowotne i świadczenia współistniejące;

36) świadczenie alternatywne – działanie będące technologią medyczną lub składające się z technologii medycznych o skuteczności nie mniejszej niż świadczenie gwarantowane, finansowane w części ze środków publicznych, na zasadach i w trybie określonych w ustawie;

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

38) świadczenie współistniejące – związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, zakwaterowanie i wyżywienie w szpitalu, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej i w sanatorium uzdrowiskowym, koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe oraz transport sanitarny;

39) świadczenie wysokospecjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej spełniające łącznie następujące kryteria:

- a) świadczenie jest udzielane na obszarze całego kraju,
- b) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego i zaawansowanych umiejętności ograniczonej liczby świadczeniodawców,
- c) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki,
- d) istnieje możliwość zidentyfikowania potrzeb zdrowotnych na dane świadczenie;

40) świadczenie zdrowotne - działanie będące technologią medyczną lub składające się z technologii medycznych służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji lub przepisów odrębnych regulujących zasady i warunki ich udzielania;

41) świadczeniodawca:

- a) zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek lub położnych, osoba wykonująca zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki,
- b) osoba fizyczna inna niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
- c) jednostka budżetowa tworzona i nadzorowana przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub Ministra Sprawiedliwości, posiadająca w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 50a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.⁵⁾),

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935 oraz z 2000 r. Nr 3, poz. 28 i Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr

- d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- 42) technologia medyczna – postępowanie diagnostyczne, lecznicze lub profilaktyczne oraz wskazania do jego przeprowadzenia ze względu na cechy zdrowotne i demograficzne świadczeniobiorców poddawanych temu postępowaniu, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych lub wyrobów medycznych;
- 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;
- 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.

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 organizacyjnych funkcjonowania ochrony zdrowia, w tym infrastruktury zdrowotnej;
- 2) analizę i ocenę zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej;
- 3) promocję zdrowia, w tym tworzenie warunków sprzyjających ochronie zdrowia;
- 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:

- 1) rozpoznawanie potrzeb świadczeniobiorców w zakresie opieki zdrowotnej na terenie gminy;
- 2) opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia świadczeniobiorców na terenie gminy;

- 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz skutkami działania tych czynników;
- 4) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
- 5) inicjowanie, wspomaganie i monitorowanie działalności w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej, szkoły, organizacje pozarządowe i zawodowe oraz inne jednostki uczestniczące w promocji zdrowia;
- 6) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia świadczeniobiorców.

2. Do zadań zleconych gminy należy:

- 1) finansowanie świadczeniodawcy mającemu siedzibę na terenie gminy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie gminy świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony spełniającemu kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593), z zastrzeżeniem art. 29 ust. 4.;
- 2) finansowanie świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt 1, i aptecę mającej siedzibę na terenie gminy, kosztów leków, przedmiotów ortopedycznych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych wydawanych osobie określonej w pkt 1
- o ile finansowanie tych kosztów nie wynika z przepisów wymienionych w art. 12 i 13 lub umów międzynarodowych;
- 3) kontrola, o której mowa w art. 18 ust. 6, art. 56 i 58;
- 4) wydawanie decyzji, o których mowa w art. 48.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej, leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługują osobie, o której mowa w ust. 2 pkt 1, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych.

4. W celu ustalenia sytuacji dochodowej świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, przeprowadza się rodzinny wywiad środowiskowy na zasadach i w trybie określonych w przepisach o pomocy społecznej.

5. Gmina otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 2, oraz kosztów ich obsługi.

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

- 1) opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia świadczeniobiorców na terenie powiatu;
- 2) podejmowanie działań w zakresie tworzenia miejsc pracy służących rozwojowi i podniesieniu poziomu zdrowia i utrzymania wysokokwalifikowanej kadry medycznej;
- 3) udzielanie świadczeniobiorcom informacji o prawach do świadczeń opieki zdrowotnej, dostępności do tych świadczeń i wskazywanie świadczeniodawców właściwych do udzielenia danego świadczenia;
- 4) inicjowanie i udział w przedsięwzięciach mających na celu zaznajamianie społeczności lokalnej z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz skutkami działania tych czynników;
- 5) pobudzanie działań na rzecz indywidualnej i zbiorowej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz ochrony zdrowia;
- 6) 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:

- 1) opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych na terenie województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
- 2) opracowywanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
- 3) inspirowanie i promowanie nowych rozwiązań w zakresie restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych.

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

- 1) ocena stanu i efektywności zabezpieczenia ochrony zdrowia na terenie województwa;
- 2) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego;
- 3) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych.

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

- 1) tworzenie koncepcji i określanie kierunków rozwoju ochrony zdrowia;
- 2) kwalifikowanie w trybie art. 71 technologii medycznych jako gwarantowane albo alternatywne;
- 3) prowadzenie edukacji w zakresie zapobiegania i rozwiązywania problemów związanych z negatywnym wpływem na zdrowie czynników środowiskowych i społecznych;
- 4) współuczestniczenie w opracowywaniu programów kształcenia oraz prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie zdrowia publicznego;
- 5) opracowywanie i finansowanie oraz ocena efektów programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją;
- 6) finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych w zakresie i na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 15 ust. 3;
- 7) współdziałanie z organizacjami pozarządowymi o charakterze regionalnym lub ogólnokrajowym;
- 8) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie określonym w dziale VIII niniejszej ustawy;
- 9) zatwierdzanie planu finansowego Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
- 10) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu.

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 planu finansowego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia;
- 3) zatwierdzanie sprawozdania finansowego Funduszu po zasięgnięciu opinii 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 świadczeniobiorcom bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego przez zakłady opieki zdrowotnej na podstawie:

- 1) art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.⁶⁾);
- 2) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231 i Nr 167, poz. 1372);
- 3) art. 14 ust. 6 ustawy z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 198);
- 4) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.⁷⁾);
- 5) art. 117 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. Nr 128, poz. 1175);
- 6) przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391) - w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń.

Art. 13. 1. Świadczeniobiorcy inni niż ubezpieczeni:

- 1) do ukończenia 18 roku życia;
- 2) w ciąży, porodzie i połogu
- mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych.

2. Leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze są wydawane, osobom, o których mowa w ust. 1 pkt 2, o ile są związane z ciążą, porodem i pościem.

3. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 12, oraz świadczenia opieki zdrowotnej, leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze wymienione w ust. 1 i 2, są finansowane z budżetu państwa.

4. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania świadczeń, leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych:

- 1) o których mowa w ust. 3;

⁶⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1083, z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 60, poz. 701, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1318, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, Nr 111, poz. 1194 i Nr 151, poz. 1686, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 121, poz. 1033 i Nr 200, poz. 1679 oraz z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 142, poz. 1380 i Nr 179, poz. 1750.

⁷⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268.

2) o których mowa w art. 7 ust. 3

- uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.

Art. 14. 1. Na zasadach i w zakresie określonych w ustawie i przepisach odrębnych świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są ze środków publicznych:

1) w całości - w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych;

2) w części - w odniesieniu do świadczeń alternatywnych.

2. Podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie, Fundusz oraz gminy.

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

2. Świadczeniobiorcy zapewnia się i finansuje ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie:

1) badanie diagnostyczne, w tym medyczną diagnostykę laboratoryjną;

2) świadczenia na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowe szczepienia ochronne;

3) podstawową opiekę zdrowotną, w tym świadczenia w środowisku nauczania i wychowania;

4) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;

5) rehabilitację leczniczą;

6) świadczenia stomatologiczne;

7) leczenie szpitalne, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne;

8) leczenie w domu chorego;

9) badanie i terapię psychologiczną;

10) badanie i terapię logopedyczną;

11) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną;

12) pielęgnację niepełnosprawnych i opiekę nad nimi;

13) opiekę nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu;

14) opiekę nad kobietą w okresie karmienia piersią niemowląt;

15) opiekę prenatalną nad płodem i opiekę nad noworodkiem oraz wstępną ocenę stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia;

16) opiekę nad zdrowym dzieckiem;

17) leczenie uzdrowiskowe;

18) zaopatrzenie w leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze;

19) transport sanitarny.

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

1) wykaz, zakres i tryb udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych, które są finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia;

2) tryb przekazywania środków publicznych z tytułu realizacji świadczeń, o których mowa w pkt 1;

3) sposób ustalania ceny oraz finansowania świadczeń o których mowa w pkt 1;

4) podmioty sprawujące ocenę jakości świadczeń, o których mowa w pkt 1

- kierując się w szczególności wymaganiami dotyczącymi szczególnych kwalifikacji personelu udzielającego tych świadczeń i koniecznością użycia specjalistycznej aparatury.

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

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

2) świadczenia opieki zdrowotnej nie zakwalifikowane jako gwarantowane lub alternatywne.

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

5. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:

1) sposób i tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 4;

2) wysokość maksymalnych kosztów, o których mowa w ust. 4

- uwzględniając cel wydania orzeczenia lub zaświadczenia oraz przeprowadzenia badania.

Art. 17. 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.

Art. 18. 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. Przepis art. 58 stosuje się odpowiednio.

Art. 19. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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

- 1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;
- 2) informuje świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia;
- 3) wpisuje:
 - a) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
 - b) numer PESEL świadczeniobiorcy, o ile taki numer został mu nadany,
 - c) numer telefonu i adres świadczeniobiorcy

- w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

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

4. W razie:

- 1) zgłoszenia przez świadczeniobiorcę:
 - a) zachorowania,
 - b) nagłego pogorszenia stanu zdrowia;
- 2) widocznych objawów pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 3) wyraźnego wskazania na skierowaniu o konieczności niezwłocznego udzielenia świadczenia

- kolejność udzielania świadczeń ustala świadczeniodawca lub osoba wyznaczona do tej czynności przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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

6. Kolejność dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalu jest ustalana na podstawie kryteriów medycznych na zasadach określonych w art. 21 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

7. Świadczeniodawca comiesięcznie przekazuje oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania.

8. Informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu, właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia, publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu.

9. Oddział wojewódzki Funduszu, o którym mowa w ust. 8, informuje, na żądanie, świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej.

10. Fundusz tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu, na podstawie informacji, o których mowa w ust. 8, przekazanych przez te oddziały.

Art. 20. Przepisów art. 18 i 19 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. 21. 1. Fundusz nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, z wyjątkiem kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonemu zgodnie z przepisami o koordynacji.

2. Prezes Funduszu wydaje ubezpieczonemu, na wniosek: ubezpieczonego, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, zwanego dalej „podmiotem uprawnionym”, zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w przypadku, o którym mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o których mowa w ust. 2;
- 2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1
- mając na względzie szybkość postępowania, dobro ubezpieczonego oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, uwzględniając aktualną, opartą na potwierdzonych dowodach naukowych wiedzę i praktykę medyczną oraz kierując się potrzebą właściwej realizacji art. 22 ust. 2 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71.

Art. 22. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może, na wniosek podmiotu uprawnionego, skierować świadczeniobiorcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia świadczeniobiorcy, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego właściwego w danej dziedzinie medycyny.

2. Koszty leczenia lub badań diagnostycznych świadczeniobiorcy poza granicami kraju:

- 1) wynikające z umów międzynarodowych zawartych z państwami niebędącymi członkami Unii Europejskiej lub członkami Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
- 2) powstałe na podstawie skierowania, o którym mowa w ust. 1, wraz z kosztami transportu świadczeniobiorcy do miejsca leczenia za granicą i do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju
- są finansowane z budżetu państwa.

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

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w ust. 1;
 - 2) wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1;
 - 3) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w ust. 2 pkt 2
- mając na względzie szybkość postępowania, dobro pacjenta oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju.

Art. 23. 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) profilaktyczne badania lekarskie w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- 3) profilaktykę, w tym promocję zdrowia oraz profilaktykę stomatologiczną obejmującą dzieci i młodzież do ukończenia 19 roku życia;
- 4) prowadzenie badań profilaktycznych, w tym profilaktyki stomatologicznej obejmującej kobiety w ciąży;
- 5) profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- 6) wykonywanie szczepień ochronnych;
- 7) wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia uprawiających sport amatorski.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, w odniesieniu do działań, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 4, zakres świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności badań przesiewowych, wraz z okresami, w których te badania są przeprowadzane, uwzględniając szczególną rolę profilaktyki.

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, zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ukończenia 19 roku życia, a także zakres informacji przekazywanych wojewodzie o świadczeniodawcach sprawujących

profilaktyczną opiekę nad tymi osobami, uwzględniając profilaktykę stomatologiczną i promocję zdrowia, a przypadku dzieci i młodzieży kształcącej się w szkołach profilaktykę w środowisku nauczania.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw kultury fizycznej i sportu, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, zakres koniecznych badań lekarskich oraz częstotliwość ich przeprowadzania w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji albo posiadających licencję na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu, uwzględniając potrzebę szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

Art. 24. 1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1399, z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 113, poz. 1070, Nr 128, poz. 1175, Nr 137, poz. 1302 i Nr 166, poz. 1609 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257) i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego. Nie dotyczy to przypadku zmiany miejsca zamieszkania.

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

Art. 25. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

Art. 26. 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. 27. 1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza dentysty spośród lekarzy dentyków, 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. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lekarza dentysty oraz materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane.

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

Art. 28. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, zakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane albo świadczenia alternatywne.

Art. 29. 1. Leczenie uzdrowiskowe 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 świadczeniodawcy, który wystawił skierowanie.

3. Oddział wojewódzki Funduszu, o którym mowa w ust. 2, informuje gminę właściwą ze względu na miejsce wystawienia skierowania, w terminie 7 dni od dnia potwierdzenia skierowania, o którym mowa w ust. 1, o dokonaniu tego potwierdzenia świadczeniobiorcy określonego w art. 7 ust. 2 pkt 1.

4. Koszty leczenia uzdrowiskowego świadczeniobiorcy ponosi gmina właściwa ze względu na miejsce jego zamieszkania, a jeżeli nie można ustalić miejsca zamieszkania – gmina właściwa ze względu na miejsce wystawienia skierowania, o którym mowa w ust. 1.

5. Świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego oraz częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania 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 żywienia i zakwaterowania ubezpieczonego.

6. 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 żywienia i zakwaterowania w prewentorium i sanatorium uzdrowiskowym.

7. 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 przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) tryb potwierdzania skierowania, o którym mowa w pkt 1;
- 3) wysokość częściowej odpłatności świadczeniobiorcy za koszty żywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym;
- 4) poziomy warunków pobytu w sanatorium uzdrowiskowym oraz okres pobytu - uwzględniając konieczność weryfikacji celowości skierowania na leczenie uzdrowiskowe, a także warunki bytowe i okres, w których realizowane jest skierowanie na leczenie uzdrowiskowe.

Rozdział 2

Świadczenia współistniejące

Art. 30. 1. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcy także na podstawie recepty wystawionej przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz felczera i starszego felczera.

Art. 31. Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy doraźnej zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.

Art. 32. 1. Leki podstawowe, leki uzupełniające, leki recepturowe i wyroby medyczne są wydawane świadczeniobiorcy na podstawie recepty, za odpłatnością:

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

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

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

4. Leki niewpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzone z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, Nr 69, poz. 625, Nr 91, poz. 877, Nr 92, poz. 882 i Nr 93, poz. 896) mogą być wydawane po wniesieniu opłaty ryczałtowej, pod warunkiem że konieczność ich refundacji została potwierdzona przez Prezesa Funduszu.

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

- 1) wykaz leków i wyrobów medycznych podstawowych i uzupełniających;
- 2) wysokość opłaty ryczałtowej za leki i wyroby medyczne podstawowe i recepturowe;
- 3) wysokość odpłatności za leki i wyroby medyczne uzupełniające;
- 4) wykaz leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych;
- 5) ilość leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposób obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego

- uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków oraz bezpieczeństwo ich stosowania, a także możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

6. Wykazy, o których mowa w ust. 5 pkt 1, są aktualizowane co najmniej raz na 6 miesięcy.

Art. 33. 1. Osobom chorującym na choroby zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na niektóre choroby przewlekłe, wrodzone lub

nabyte leki i wyroby medyczne są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową określoną w art. 32 ust. 1 pkt 1 lub za częściową odpłatnością określoną w art. 32 ust. 1 pkt 2.

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

1) wykaz chorób, o których mowa w ust. 1;

2) wykaz leków i wyrobów medycznych, które ze względu na choroby określone w wykazie, o którym mowa w pkt 1, są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością

- uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków, bezpieczeństwo ich stosowania oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

3. Wykazy, o których mowa w ust. 2, aktualizowane są co najmniej raz na 6 miesięcy.

Art. 34. 1. Wprowadza się limity cen leków zawartych w wykazach, o których mowa w art. 32 ust. 5 pkt 1 oraz art. 33 ust. 2 pkt 2, posiadających tę samą nazwę międzynarodową albo różne nazwy międzynarodowe, ale podobne działanie terapeutyczne.

2. Jednakowy limit ceny leku dotyczy leków, o których mowa w ust. 1, o tej samej dawce, wielkości opakowania i postaci farmaceutycznej.

3. Apteka może wydać lek, o którym mowa w ust. 1, którego cena przekracza limit ceny, pobierając dopłatę w wysokości różnicy między ceną wydawanego leku a wysokością limitu ceny.

4. Apteka ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia innego leku niż przepisany na receptę o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena nie przekracza limitu ceny. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty wskazującej na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.

5. Jeżeli w wykazach, o których mowa w art. 32 ust. 5 pkt 1 i art. 33 ust. 2 pkt 2, zamieszczono lek o nazwie międzynarodowej, apteka może wydać, na zasadach określonych w art. 32 ust. 1 albo bezpłatnie również inny lek dopuszczony do obrotu, niezamieszczony w tych wykazach, a objęty tą samą nazwą międzynarodową, pod warunkiem że jego cena nie jest wyższa od limitu ceny, a jeżeli limit nie został ustalony - od ceny leku zamieszczonego w wykazach.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, ustala, w drodze rozporządzenia, limity cen leków posiadających tę samą nazwę międzynarodową oraz leków o różnych

nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, wymienionych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 32 ust. 5 pkt 1, oraz limity cen leków i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 33 ust. 2 pkt 2, uwzględniając w szczególności bezpieczeństwo ich stosowania.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kryteria kwalifikacji leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, do grupy objętej wspólnym limitem ceny, biorąc pod uwagę wskazania terapeutyczne i bezpieczeństwo ich stosowania oraz skuteczność leków.

Art. 35. 1. Wytwórca lub importer leków lub wyrobów medycznych lub podmiot uprawniony do importu równoległego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawa farmaceutycznego, zwany dalej "wnioskodawcą", może składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o umieszczenie leków lub wyrobów medycznych w wykazach, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 32 ust. 5 pkt 1 i art. 33 ust. 2 pkt 2.

2. Wnioski, o których mowa w ust. 1, zawierają w szczególności:

- 1) oznaczenie (firmę) wnioskodawcy, jego siedzibę i adres;
- 2) nazwę i proponowaną cenę leku lub wyrobu medycznego;
- 3) wielkość realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku i deklarowanych w okresie późniejszym;
- 4) dzienny koszt terapii oraz średni koszt standardowej terapii;
- 5) uzasadnienie wniosku i proponowanej ceny;
- 6) analizę skuteczności klinicznej, efektywności kosztowej oraz analizę wpływu na ogólne koszty refundacji dla leku oryginalnego;
- 7) pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych w sprawie analiz, o których mowa pkt 6.

3. Wnioski określone w ust. 1 rozpatruje Zespół do Spraw Gospodarki Lekami, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz.U. Nr 97, poz. 1050 oraz z 2002 r. Nr 144, poz. 1204), zwany dalej "Zespołem".

4. Zespół nie rozpatruje wniosku, o którym mowa w ust. 1, jeżeli nie spełnia on kryteriów określonych w art. 7 ustawy wymienionej w ust. 3.

5. Zespół rozpatrując wniosek, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany rozpatrzyć w szczególności opinię, o której mowa w ust. 2 pkt 7.

6. Zespół przekazuje wnioskodawcy stanowisko w sprawie nieuwzględnienia wniosku, o którym mowa w ust. 1, wraz z uzasadnieniem. W terminie 14 dni od dnia otrzymania

stanowiska wnioskodawca może zwrócić się do ministra właściwego do spraw zdrowia o ponowne rozpatrzenie wniosku.

7. Rozpatrywanie wniosku nie powinno trwać dłużej niż 90 dni, licząc od dnia jego złożenia, z tym że w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do umieszczenia danego leku i wyrobu medycznego we właściwym wykazie bieg tego terminu ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia wniosku.

8. W przypadku gdy procedura umieszczenia leku lub wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 32 ust. 5 pkt 1 i art. 33 ust. 2 pkt 2, występuje łącznie z rozpatrywaniem informacji lub wniosku o ustalenie ceny urzędowej, łączny termin nie powinien przekroczyć 180 dni, a w przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosków łącznie, bieg tego terminu ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia wniosku.

9. Od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

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

- 1) szczegółowy zakres informacji zawartych we wnioskach, o których mowa w ust. 1;
- 2) sposób składania oraz tryb i terminy rozpatrywania wniosków, o których mowa w ust. 1

- z uwzględnieniem przepisów ust. 2 – 8.

Art. 36. 1. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przysługuje świadczeniobiorcom na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie.

2. Udział środków publicznych w cenie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego nie może być niższy niż kwota stanowiąca 50% limitu wartości określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 71 ust. 6 dla przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego albo ceny nabycia przedmiotu ortopedycznego i środka pomocniczego, jeżeli limit wartości nie został ustalony.

3. Limit ceny określony dla naprawy przedmiotu ortopedycznego może być wykorzystany przez świadczeniobiorcę dla dokonania naprawy użytkowanego przedmiotu ortopedycznego w okresie używalności ustalonym dla tego przedmiotu.

Art. 37. 1. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:

- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej;
- 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.

2. 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 zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.

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

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz grup jednostek chorobowych, stopnie niesprawności oraz wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy, w przypadkach określonych w ust. 3, w zależności od wskazań medycznych, uwzględniając w szczególności możliwość samodzielnego poruszania się oraz średnie koszty przejazdu środkami transportu sanitarnego.

Rozdział 3

Szczególne uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 38. 1. Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających do wysokości limitu, o którym mowa w art. 34 ust. 1, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza albo felczera niebędącego lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept.

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

Art. 39. 1. Osobom, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 2, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki spełniające łącznie następujące warunki:

- 1) oznaczone symbolem „Rp” w decyzji dopuszczającej do obrotu;

2) wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

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

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

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

Art. 40. 1. Osobom:

1) które są inwalidami wojskowymi;

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

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

- przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki objęte wykazami leków podstawowych i uzupełniających.

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

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

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

5. Bezpłatne zaopatrzenie w leki osób, o których mowa w ust. 1, przysługuje do wysokości limitu, o którym mowa w art. 34 ust. 1.

Art. 41. Inwalidom wojennym i wojskowym oraz osobom represjonowanym przysługuje prawo do bezpłatnych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub

lekarza albo felczera niebędącego lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept do wysokości limitu ceny określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 71 ust. 6.

Rozdział 4

Programy zdrowotne

Art. 42. 1. Programy zdrowotne mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Fundusz.

2. Programy zdrowotne dotyczą w szczególności:

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

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

4. Właściwi ministrowie oraz Fundusz przekazują projekt programu Agencji Oceny Technologii Medycznych, w celu zaopiniowania, o ile przedmiotem programu są technologie medyczne.

5. Wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, przeprowadzanego przez podmiot, o którym mowa w ust. 1; nie dotyczy to Funduszu.

6. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 5, podmiot, o którym mowa w ust. 1, ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 30 dni przed wyznaczonym upływem terminu składania ofert.

7. W ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 6, określa się w szczególności:

- 1) przedmiot konkursu ofert;
- 2) wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego;
- 3) termin i miejsce składania ofert.

8. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu.

9. W przypadku programów zdrowotnych ministra, w zakresie w jakim obejmują one świadczenia opieki zdrowotnej, wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawarcia z nim umowy dokonuje Fundusz w imieniu właściwego ministra, na zasadach i w trybie określonych dla umów zawieranych ze świadczeniodawcami.

10. W przypadku programów zdrowotnych opracowywanych, wdrażanych, realizowanych i finansowanych przez Fundusz, dokonuje on wyboru realizatora programu zdrowotnego i zawiera z nim umowy, na zasadach i w trybie określonych dla umów zawieranych ze świadczeniodawcami.

11. Do wyboru realizatora programu zdrowotnego nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Rozdział 5

Dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 43. 1. Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego zawiera następujące dane:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) datę urodzenia;
- 3) numer PESEL;
- 4) kod płatnika składki;
- 5) numer karty.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz tryb wydawania i unieważniania karty ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględniając dane wymienione w ust. 2 i konieczność ochrony tych danych zgodnie z odrębnymi przepisami.

Art. 44. 1. Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:

- 1) kartę ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonego;
- 2) dokument, o którym mowa w art. 48 ust. 1 – w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony.

2. W przypadku stanu nagłego dokument, o którym mowa w ust. 1, może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w szpitalu.

3. Jeżeli przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 1, w terminie określonym w ust. 2 nie jest możliwe, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

4. W razie nieprzedstawienia dokumentu, o którym mowa w ust. 1, w terminach określonych w ust. 2 i 3, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.

5. W razie nieodprowadzenia składki na ubezpieczenie zdrowotne za ubezpieczonego przez zobowiązanego płatnika przez okres dłuższy niż miesiąc, Fundusz obciąża tego płatnika poniesionymi kosztami świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonemu.

6. Późniejsze niż przewidziane w ust. 2 i 3 przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 1, nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów, o których mowa w ust. 4, albo ich zwrotu.

7. Opłacenie zaległych składek wraz z odsetkami nie zwalnia z obowiązku pokrycia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

8. Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 4 i 5 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia, w którym stały się wymagalne.

9. Przepisów ust. 1-8 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom do ukończenia 6 miesiąca życia.

Art. 45. 1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących ubezpieczonemu, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, oddział wojewódzki Funduszu wydaje zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.

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

3. Zaświadczenie określone w ust. 1 dla osób pobierających emeryturę lub rentę oraz osób, o których mowa w art. 75 ust. 7, zamieszkałych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, wydaje Mazowiecki Oddział Wojewódzki Funduszu.

Art. 46. 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, zwane 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. 47. 1. Osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego jest obowiązana przedstawić poświadczenie.

2. Osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, ubiegająca się o świadczenie z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń, wystawionego przez zagraniczną instytucję właściwą.

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

- 1) stanu nagłego;
 - 2) porodu
- przepisy art. 44 ust. 2 - 4, 6, 8 i 9 stosuje się odpowiednio.

Art. 48. 1. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 7 ust. 2 pkt 1, jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy potwierdzająca to prawo.

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

- 1) przedłożeniu przez świadczeniobiorcę, o którym mowa w ust. 1, dokumentów potwierdzających:
 - a) posiadanie obywatelstwa polskiego,
 - b) zamieszkiwanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego;
- 3) stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

3. 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.

4. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji, o której mowa w ust.1, przysługuje przez okres 30 dni, chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

DZIAŁ III

Zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 49. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 6 odpowiednio dla lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, zgodnie z zakresem, o którym mowa w ust. 1, w szczególności dostęp do:

- 1) opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu chorego;
- 2) badań diagnostycznych.

3. Na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej udzielane w związku z zachorowaniem, przez lekarzy, pielęgniarki i położne, poza godzinami pracy określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności w dni wolne od pracy i święta, oddział wojewódzki Funduszu może zawrzeć odrębną umowę, o ile jest to niezbędne dla zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości udzielanych świadczeń.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach organizacji opieki, o której mowa w ust. 3, w szczególności poprzez umieszczenie informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy.

5. Osoba udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej poza siedzibą świadczeniodawcy korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.

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

Art. 50. 1. Wybór lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorca potwierdza pisemnym oświadczeniem woli, zwanym dalej „deklaracją wyboru”.

2. Deklaracja wyboru zawiera:

1) dane dotyczące świadczeniobiorcy:

- a) imię i nazwisko,
- b) nazwisko rodowe,
- c) datę urodzenia,
- d) płeć,
- e) numer PESEL, o ile taki został nadany,
- f) miejsce nauki – w przypadku uczniów i studentów,
- g) adres zamieszkania,
- h) numer telefonu;

2) określenie, który raz w danym roku dokonywany jest wybór;

3) numer karty ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku ubezpieczonych;

4) kod oddziału wojewódzkiego Funduszu;

5) dane dotyczące lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej:

- a) imię i nazwisko,
- b) siedzibę świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- c) miejsce udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;

6) datę dokonania wyboru;

7) podpis świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;

8) podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru.

3. Wzór deklaracji wyboru określi Prezes Funduszu.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany:

1) udostępnić świadczeniobiorcy deklarację wyboru i sprawdzić poprawność jej wypełnienia;

2) przed przyjęciem deklaracji wyboru sprawdzić uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ustawie.

5. Wypełnione deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie, zapewniając ich dostępność świadczeniobiorcom, którzy je złożyli, z zachowaniem wymagań wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 i Nr 153, poz. 1271).

Art. 51. 1. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, nie jest wymagane w przypadku świadczeń udzielanych:

1) w dziedzinach medycyny:

- a) ginekologii i położnictwa,
- b) ginekologii onkologicznej,
- c) dermatologii i wenerologii,
- d) onkologii klinicznej,
- e) okulistyki,
- f) psychiatrii,
- g) psychiatrii dzieci i młodzieży;

2) przez lekarza dentystę;

3) osobom chorym na gruźlicę;

4) osobom zakażonym wirusem HIV;

5) inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym;

6) osobom uzależnionym od alkoholu, środków odurzających i substancji psychoaktywnych – w zakresie leczenia odwykowego.

Art. 52. 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. 53. Świadczeniobiorca ma prawo do rehabilitacji leczniczej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 54. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

Art. 55. Ambulatoryjne świadczenie specjalistyczne udzielone świadczeniobiorcy bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego opłaca świadczeniobiorca, z wyjątkiem przypadków określonych w art. 51 ust. 2.

Art. 56. Apteka ma w szczególności obowiązek:

- 1) zapewnić świadczeniobiorcy dostępność leków i wyrobów medycznych objętych wykazami leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 32, oraz leków i wyrobów medycznych, o których mowa w art. 33;
- 2) udostępniać do kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych lub na jego zlecenie przez organy nadzoru farmaceutycznego dokumentację, którą apteka jest obowiązana prowadzić na podstawie odrębnych przepisów;
- 3) przekazywać podmiotowi, o którym mowa w pkt 2, informacje zawarte w treści poszczególnych zrealizowanych recept na refundowane leki i wyroby medyczne.

Art. 57. 1. Apteka po przedstawieniu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych zestawień, o których mowa w ust. 6 pkt 1, nie częściej niż co 14 dni, otrzymuje refundację ceny leku lub wyrobu medycznego wydawanego świadczeniobiorcy bezpłatnie lub za częściową odpłatnością.

2. Refundacja, o której mowa w ust. 1, nie może przekraczać ustalonego limitu ceny, z zastrzeżeniem art. 39 i 40 ust. 1, i dokonywana jest przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych na zasadach, o których mowa w ust. 3-5.

3. Po przeprowadzeniu analizy przedstawionych przez aptekę zbiorczych zestawień recept, nie później niż 15 dni od dnia otrzymania zestawienia, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych dokonuje refundacji, o której mowa w ust. 1.

4. W przypadku przekroczenia przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych terminu, o którym mowa w ust. 3, aptece przysługują odsetki ustawowe.

5. W przypadku nieprzekazania lub przekazania niezgodnie z ustawą danych, o których mowa w art. 56 pkt 3, oraz danych określonych zgodnie z art. 195, termin, o którym

mowa w ust. 3, może zostać przedłużony do czasu przekazania przez aptekę kompletnych danych.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób przedstawiania przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych zbiorczych zestawień zrealizowanych recept podlegających refundacji;
 - 2) terminy przedstawiania zestawień;
 - 3) wzór zbiorczego zestawienia recept podlegających refundacji
- uwzględniając przepisy ust. 1 – 5 oraz dane, o których mowa w art. 195.

Art. 58. 1. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę:

- 1) organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności;
- 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych;
- 4) zasad wystawiania recept.

2. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych w upoważnieniu do prowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli.

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

4. Kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może zlecić, w razie potrzeby, osobie posiadającej wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.

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

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

7. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych sporządza wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy lub zalecenia pokontrolne w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

8. Świadczeniodawca może, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, zgłosić zastrzeżenia podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Zastrzeżenia rozpatruje się w terminie 14 dni. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń niezwłocznie informuje się o tym świadczeniodawcę.

9. Świadczeniodawca jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzględnieniu zastrzeżeń, do poinformowania podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

DZIAŁ IV

Zasady ustalania zakresu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej

Rozdział 1

Kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 59. Technologia medyczna uznana za właściwą, dopuszczalną i skuteczną, w świetle aktualnej wiedzy medycznej, może zostać zakwalifikowana jako świadczenie gwarantowane w zakresie określonym w ustawie, jeżeli:

1) jest jedynym dostępnym sposobem postępowania
albo

2) nie jest jedynym dostępnym sposobem postępowania, ale wskaźnik efektywności zdrowotnej do kosztów jej uzyskania jest wyższy od wskaźnika efektywności zdrowotnej porównywalnej technologii medycznej do kosztów uzyskania tej technologii.

Art. 60. 1. Technologia medyczna uznana za właściwą, dopuszczalną i skuteczną, w świetle aktualnej wiedzy medycznej, może zostać zakwalifikowana jako świadczenie alternatywne w zakresie określonym w ustawie, jeżeli:

1) jako świadczenie gwarantowane została zakwalifikowana inna porównywalna technologia medyczna

albo

2) wskaźnik efektywności zdrowotnej do kosztów jej uzyskania jest niższy od wskaźnika efektywności zdrowotnej technologii medycznej zakwalifikowanej jako świadczenie gwarantowane do kosztów uzyskania tej technologii.

2. Świadczeniobiorca ponosi odpłatność za świadczenia alternatywne w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy ceną świadczenia alternatywnego a średnią ceną świadczeń gwarantowanych możliwych do zastosowania w takim samym przypadku.

3. Odpłatność za świadczenia alternatywne, o której mowa w ust. 2, oraz odpłatność za świadczenia opieki zdrowotnej inne niż świadczenia gwarantowane i alternatywne udzielone żołnierzom w czynnej służbie wojskowej i pracownikom wojska oraz po ich zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę, w związku z urazami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami kraju ponoszona jest zgodnie z przepisami ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa(Dz. U. Nr 162, poz. 1117).

4. Odpłatność za świadczenia alternatywne, o której mowa w ust. 2, oraz odpłatność za świadczenia opieki zdrowotnej inne niż świadczenia gwarantowane i alternatywne udzielone policjantom, funkcjonariuszom Straży Granicznej oraz funkcjonariuszom Biura Ochrony Rządu, 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 kraju ponoszona jest na zasadach jak dla osób, o których mowa w ust. 3, z części budżetu państwa pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Rozdział 2

Agencja Oceny Technologii Medycznych

Art. 61. 1. Tworzy się Agencję Oceny Technologii Medycznych, zwaną dalej „Agencją”, nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Agencja prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych dla jednostek budżetowych w przepisach o finansach publicznych.

3. Siedzibą Agencji jest miasto stołeczne Warszawa.
4. Agencja działa na podstawie ustawy i statutu.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze zarządzenia, statut Agencji określający szczegółowy zakres działalności Agencji oraz jej strukturę organizacyjną.

Art. 62. Do zadań Agencji należy w szczególności:

- 1) ocena technologii medycznych;
- 2) opracowywanie stanowisk dotyczących zakwalifikowania poszczególnych technologii medycznych jako świadczeń gwarantowanych albo alternatywnych;
- 3) ocena stosowanych technologii medycznych objętych świadczeniami gwarantowanymi i alternatywnymi w zakresie, o którym mowa w art. 59 pkt 2 i art. 60 ust. 1 pkt 2;
- 4) opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stanowisk w sprawach, o których mowa w pkt 2 i 3;
- 5) ocena analiz, o których mowa w art. 35 ust. 2 pkt 6;
- 6) opiniowanie programów zdrowotnych przygotowywanych przez ministrów oraz Fundusz pod względem możliwości osiągnięcia w określonym terminie założonego celu, uwzględniając bezpieczeństwo świadczeniobiorcy.

Art. 63. 1. Agencją kieruje Prezes powoływany na pięcioletnią kadencję przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.

2. Prezes reprezentuje Agencję na zewnątrz.

3. Do zakresu działania Prezesa Agencji należy w szczególności:

- 1) kierowanie pracami Agencji;
- 2) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w Agencji;
- 3) współpraca z Funduszem, organami administracji rządowej, w tym z Komisją Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych oraz podmiotami prowadzącymi podobną działalność w innych krajach;
- 4) opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stanowisk, o których mowa w art. 62 pkt 2;
- 5) opracowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stanowisk w sprawie oceny technologii medycznych wchodzących w zakres świadczeń gwarantowanych i alternatywnych;
- 6) opracowywanie ocen dotyczących analiz, o których mowa w art. 35 ust. 2 pkt 6, i przedstawianie ich zespołowi, o którym mowa w art. 35 ust. 3.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko Prezesa Agencji, sposób dokumentowania wymagań, o których mowa w art. 64, dostępność do informacji o postępowaniu konkursowym, skład komisji konkursowej, wymagania dla członków komisji konkursowej i procedury przeprowadzania konkursu, uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przeprowadzenia postępowania konkursowego.

Art. 64. Prezesem Agencji może być osoba, która:

- 1) jest obywatelem polskim;
- 2) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 3) ukończyła studia wyższe i posiada tytuł zawodowy lekarza, lekarza dentysty, tytuł magistra farmacji lub ekonomii;
- 4) posiada wiedzę z zakresu ochrony zdrowia oraz oceny technologii medycznych, farmakoekonomiki, oceny badań medycznych, systemów finansowania świadczeń zdrowotnych oraz ekonomiki zdrowia;
- 5) posiada co najmniej 3-letni okres zatrudnienia na stanowiskach kierowniczych w:
 - a) jednostkach naukowych w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o Komitecie Badań Naukowych (Dz.U. z 2001 r. Nr 33, poz. 389 oraz z 2003 r. Nr 39, poz. 335) lub
 - b) w jednostkach organizacyjnych związanych z ochroną zdrowia.

Art. 65. 1. Funkcji Prezesa Agencji nie można łączyć z:

- 1) zatrudnieniem u innego pracodawcy;
- 2) prowadzeniem działalności gospodarczej;
- 3) wykonywaniem zawodu lekarza w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej.

2. Prezes Agencji nie może posiadać udziałów albo akcji podmiotów, o których mowa w art. 69 ust. 1 pkt 3 i 8.

Art. 66. W okresie trwania kadencji Prezesa Agencji odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, w przypadku:

- 1) złożenia rezygnacji ze stanowiska;
- 2) choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie zadań;
- 3) skazania prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 4) naruszenia przepisów art. 65;
- 5) nienależytego wykonywania obowiązków wynikających z ustawy.

- Art. 67. 1. Przy Prezesie Agencji działa Rada o charakterze opiniodawczo-doradczym.
2. W skład Rady wchodzi 11 członków, w tym przewodniczący Rady.
 3. Kadencja członków Rady trwa 5 lat.
 4. Członków Rady powołuje minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Prezesa Agencji spośród osób spełniających wymagania, o których mowa w ust. 5.
 5. Członkiem Rady może być wyłącznie osoba, która:
 - 1) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
 - 2) posiada co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych lub dziedzin pokrewnych lub w innych dziedzinach odpowiednich dla przeprowadzenia oceny technologii medycznych;
 - 3) posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie technologii medycznych dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady;
 - 4) nie pozostaje z podmiotami, o których mowa w art. 69 ust. 1, w takim stosunku, który mógłby wywołać wątpliwości co do jej bezstronności.
 6. Członków Rady odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, z własnej inicjatywy albo na umotywowany wniosek Prezesa Agencji, w szczególności w przypadku:
 - 1) złożenia rezygnacji ze stanowiska;
 - 2) choroby trwale uniemożliwiającej wykonywanie zadań;
 - 3) skazania prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione umyślnie.
 7. Do członków Rady stosuje się odpowiednio art. 65 ust. 1 pkt 2 i ust. 2.
 8. Członek Rady nie może być zatrudniony w podmiotach, o których mowa w art. 69 ust. 1 pkt 2-4 i 8.
 9. Do zadań Rady należy:
 - 1) opiniowanie stanowisk dotyczących zakwalifikowania poszczególnych technologii medycznych jako świadczeń gwarantowanych albo alternatywnych;
 - 2) opiniowanie stanowisk dotyczących stosowanych technologii medycznych objętych świadczeniami gwarantowanymi i alternatywnymi w zakresie, o którym mowa w art. 59 pkt 2 oraz art. 60 ust. 1 pkt 2;
 - 3) opiniowanie analiz, o których mowa w art. 35 ust. 2 pkt 6.
 10. Pracami Rady kieruje przewodniczący wybrany spośród jej członków na pierwszym posiedzeniu kadencji większością 2/3 głosów przy obecności co najmniej połowy jej członków w głosowaniu tajnym.
 11. Rada podejmuje uchwały zwykłą większością głosów przy obecności co najmniej połowy jej członków.
 12. W przypadku równości oddanych głosów decyduje głos przewodniczącego Rady.

13. Szczegółowy tryb działania oraz organizację Rady określa statut Agencji.

Art. 68. 1. Członkom Rady za udział w pracach Rady przysługuje wynagrodzenie miesięczne ustalane na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w ostatnim miesiącu minionego kwartału ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", przy zastosowaniu następujących mnożników:

- 1) przewodniczący Rady – 2,0;
- 2) członek Rady – 1,5.

2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1, przysługuje, bez względu na częstotliwość zwołań posiedzeń Rady, z zastrzeżeniem ust. 3.

3. Członkowi Rady zmniejsza się wynagrodzenie miesięczne za nieusprawiedliwioną nieobecność na posiedzeniu w danym miesiącu, proporcjonalnie do liczby posiedzeń Rady w tym miesiącu.

4. Członkom Rady przysługuje zwrot kosztów przejazdów i noclegów na zasadach określonych w przepisach w sprawie zasad ustalania oraz wysokości należności przysługujących pracownikom zatrudnionym w państwowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

Art. 69. 1. Wniosek do Agencji w sprawie oceny technologii medycznych dla celów, o których mowa w art. 59 i 60, zwany dalej „wnioskiem”, mogą składać:

- 1) Prezes Funduszu;
- 2) samorządy zawodów medycznych;
- 3) świadczeniodawcy;
- 4) stowarzyszenia świadczeniobiorców;
- 5) szkoły wyższe;
- 6) jednostki badawczo – rozwojowe;
- 7) placówki naukowe Polskiej Akademii Nauk;
- 8) producenci lub dystrybutorzy produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych.

2. Do wniosku dołącza się:

- 1) porównawcze analizy skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa;
- 2) analizę efektywności kosztowej lub inną analizę ekonomiczną;
- 3) analizę skutków finansowych dla podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić dokonanie oceny technologii medycznej. Zlecając dokonanie oceny technologii medycznej minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia analizy, o których mowa w ust. 2, jedynie w niezbędnym zakresie.

4. Agencja publikuje informację o złożonych wnioskach i zleceniach oraz oceny, o których mowa w art. 71 ust. 1, na swojej stronie internetowej. Nie narusza to przepisów o dostępie do informacji publicznej oraz o prawie autorskim i prawach pokrewnych.

5. Za rozpatrzenie wniosku Agencja pobiera opłatę. Wysokość opłaty uzależnia się od:

- 1) stopnia złożoności ocenianej technologii medycznej;
- 2) typu analiz ekonomicznych koniecznych do dokonania oceny;
- 3) ilości dostępnych badań naukowych koniecznych do oceny danej technologii medycznej.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia za zlecenie dokonania oceny nie wnosi żadnych opłat.

7. Wydanie opinii, o której mowa w art. 62 pkt 6, jest wolne od opłat.

8. Do postępowań w sprawie rozpatrzenia wniosku w sprawie oceny technologii medycznych oraz programów zdrowotnych nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku, rodzaj wymaganych załączników do wniosku oraz warunki, jakim powinny odpowiadać analizy, o których mowa w ust. 2, a także wysokość opłaty pobieranej za rozpatrzenie wniosku, uwzględniając kryteria wymienione w ust. 5 oraz wysokość podobnych opłat w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Art. 70. 1. Agencja dokonuje oceny analiz, o których mowa w art. 69 ust. 2, pod względem spełnienia wymagań i warunków, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 69 ust. 9, oraz rzetelności i wiarygodności danych zawartych w tych analizach.

2. Ocena analiz, o których mowa w art. 69 ust. 2, stanowi podstawę rozpatrzenia wniosku.

3. Rada po rozpatrzeniu oceny analiz, o których mowa w art. 69 ust. 2, wyraża opinię w sprawie tych analiz i przekazuje je Prezesowi Agencji.

4. Prezes Agencji, na podstawie oceny analiz, o których mowa w art. 69 ust. 2, oraz opinii Rady opracowuje stanowisko Agencji.

5. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje stanowisko, o którym mowa w ust. 4, wnioskodawcy i publikuje je na stronie internetowej Agencji w formie komunikatu.

6. Stanowisko, o którym mowa w ust. 4, wraz wnioskiem i dokumentacją stanowiącą podstawę jego rozpatrzenia oraz opinią, o której mowa w ust. 3, Prezes Agencji niezwłocznie

przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w przypadku gdy proponuje się w nim zakwalifikowanie danej technologii medycznej do świadczeń gwarantowanych albo alternatywnych.

7. Do postępowań w sprawie rozpatrzenia wniosku w sprawie oceny technologii medycznych nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 71. 1. Po rozpatrzeniu stanowiska, o którym mowa w art. 70 ust. 4, minister właściwy do spraw zdrowia może zakwalifikować daną technologię medyczną jako świadczenie gwarantowane albo alternatywne.

2. W przypadku niezakwalifikowania danej technologii medycznej do świadczeń gwarantowanych albo alternatywnych minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje wnioskodawcy informację wraz z uzasadnieniem.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przesyła niezwłocznie do Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych dokumenty, o których mowa w art. 70 ust. 6, wraz z informacją o zakwalifikowaniu technologii medycznej do świadczeń gwarantowanych albo alternatywnych celem określenia wartości tego świadczenia.

4. Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych, na podstawie przeprowadzonych badań i analiz, określa wartość danego świadczenia gwarantowanego albo alternatywnego na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. Nr 124, poz. 1153 i Nr 170, poz. 1651).

5. Informację o wartości ustalonej zgodnie z ust. 4, Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych przesyła niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wraz z niezbędnymi dokumentami.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 30 września danego roku, w drodze rozporządzenia:

- 1) technologie medyczne zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane, w tym dodatkowe świadczenia, o których mowa w art. 27 ust. 3 – wraz z ich wartością;
- 2) technologie medyczne zakwalifikowane jako świadczenia alternatywne – wraz z ich wartością;
- 3) wysokość odpłatności ponoszonej przez świadczeniobiorcę za poszczególne świadczenia alternatywne
- uwzględniając stanowiska, o których mowa w art. 70 ust. 4, oraz kierując się dobrem pacjenta.

Art. 72. Do pracowników Agencji stosuje się odpowiednio art. 65 i art. 67 ust. 5 pkt 4.

DZIAŁ V

Zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu

Rozdział 1

Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 73. Ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach:

- 1) równego traktowania oraz solidarności społecznej;
- 2) zapewnienia ubezpieczonemu 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 i art. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej.

Art. 74. 1. Obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego podlegają:

- 1) osoby spełniające warunki do objęcia ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, które są:
 - a) pracownikami w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych,
 - b) rolnikami lub ich domownikami w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
 - c) osobami prowadzącymi działalność pozarolniczą lub osobami z nimi współpracującymi,
 - d) osobami wykonującymi pracę nakładczą,
 - e) osobami wykonującymi pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub osobami z nimi współpracującymi,
 - f) osobami duchownymi,
 - g) członkami rolniczych spółdzielni produkcyjnych, spółdzielni kółek rolniczych lub członkami ich rodzin,
 - h) osobami pobierającymi świadczenie socjalne wypłacane w okresie urlopu oraz osobami pobierającymi zasiłek socjalny wypłacany na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia, a także osobami pobierającymi wynagrodzenie przysługujące w okresie korzystania ze świadczenia górniczego albo w okresie korzystania ze stypendium na

przekwalifikowanie, wynikające z odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy,

i) osobami pobierającymi świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia;

2) żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, o ile nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia z innego tytułu, oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny, a także kandydaci na żołnierzy zawodowych;

3) poborowi odbywający służbę zastępczą;

4) poborowi pełniący służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu;

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

6) policjanci;

7) funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;

8) funkcjonariusze Agencji Wywiadu;

9) funkcjonariusze Biura Ochrony Rządu;

10) funkcjonariusze Straży Granicznej;

11) funkcjonariusze Służby Celnej;

12) funkcjonariusze Służby Więziennej;

13) funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej;

14) posłowie i senatorowie pobierający uposażenie poselskie albo senatorskie;

15) sędziowie i prokuratorzy;

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

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

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

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

- 20) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1;
- 21) alumni wyższych seminariów duchownych i teologicznych, postulanci, nowicjusze i junioryści zakonów męskich i żeńskich i ich odpowiedników, z wyłączeniem osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2;
- 22) słuchacze Krajowej Szkoły Administracji Publicznej;
- 23) osoby pobierające stypendium sportowe po ukończeniu 15 roku życia niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 24) bezrobotni niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 25) osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osoby niepobierające zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn określonych w art. 27 ust. 1 pkt 3-6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz. U. z 2003 r. Nr 58, poz. 514, z późn. zm.⁸⁾) niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 26) osoby pobierające zasiłek stały z pomocy społecznej niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 27) uchodźcy objęci indywidualnym programem integracji na podstawie przepisów o pomocy społecznej niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 28) osoby pobierające świadczenie pielęgnacyjne lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania przyznane na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 29) osoby bezdomne wychodzące z bezdomności niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 30) osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 31) kombatancki i osoby represjonowane niepodlegający ubezpieczeniom społecznym w Rzeczypospolitej Polskiej lub niepobierający emerytury lub renty;
- 32) osoby korzystające z urlopu wychowawczego 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 ubezpieczeniom społecznym rolników na podstawie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1-33 i 35;

35) członkowie rad nadzorczych pobierający z tego tytułu świadczenia pieniężne.

2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 17-20, 24, 26 - 28, 30 i 33.

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

Art. 75. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu zgodnie z przepisami art. 82 - 84 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.

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

3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, którzy uzyskują po zgłoszeniu prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

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

5. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę średnią lub wyższą, wygasa po upływie 4 miesięcy od zakończenia nauki lub skreślenia z listy uczniów lub studentów.

6. Osoba, o której mowa w ust. 2, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.

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

⁸⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 142, poz. 1380, Nr 166, poz. 1608, Nr 203, poz. 1966, Nr 210, poz. 2036 i

Art. 76. 1. Osoba niewymieniona w art. 74 ust. 1 może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem art. 9 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71.

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.

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 świadczenia pielęgnacyjnego 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 opłaceniu 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 opłaceniu 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 opłaceniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku;

2) 50% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłaceniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej roku do 2 lat;

3) 100% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 2 lat do 5 lat;

4) 150% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 5 lat do 10 lat;

5) 200% dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 10 lat.

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

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

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

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

Art. 77. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 1 lit. a i c-i, powstaje i wygasa w terminach określonych w przepisach o ubezpieczeniach społecznych.

2. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, powstaje od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, a ustaje z ostatnim dniem miesiąca, w którym ustały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu.

3. Pracownik korzystający z urlopu bezpłatnego ma prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w art. 75 ust. 4.

4. Po wygaśnięciu obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego każda osoba może ubezpieczyć się na zasadach określonych w art. 76.

Art. 78. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 74 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. 74 ust. 1 pkt 5-13 i 15, powstaje z dniem nawiązania stosunku służbowego, a wygasa z dniem jego ustania.

Art. 79. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 14, powstaje z dniem przyznania im uposażenia, a wygasa z dniem utraty prawa do pobierania uposażenia.

Art. 80. 1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających emeryturę lub rentę powstaje od dnia, od którego przysługuje wypłata emerytury lub renty i wygasa z dniem zaprzestania pobierania świadczenia.

2. W przypadku zawieszenia prawa do renty socjalnej z przyczyn, o których mowa w art. 10 ust. 5 ustawy z dnia 27 czerwca 2003 r. o rencie socjalnej (Dz. U. Nr 135, poz. 1268), 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. 81. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego:

1) uczniów i słuchaczy, o których mowa w art. 74 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. 74 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. 74 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. 74 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. 76;

4) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 20 i 22, powstaje z dniem immatrykulacji lub przyjęcia na studia doktoranckie i złożenia oświadczenia o niepodleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, a wygasa z dniem ukończenia szkoły wyższej lub studiów doktoranckich albo skreślenia z listy studentów lub skreślenia z listy uczestników studiów doktoranckich;

5) osób, o których mowa w art. 74 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. 74 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. 74 ust. 1 pkt 24, powstaje z dniem uzyskania statusu bezrobotnego, a wygasa z dniem utraty tego statusu;

8) osób pobierających świadczenie przedemerytalne lub zasiłek przedemerytalny obejmuje okres od dnia przyznania prawa do świadczenia przedemerytalnego do dnia utraty prawa do jego pobierania, a w przypadku zasiłku przedemerytalnego - do jego wygaśnięcia, a w odniesieniu do osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego z przyczyn, o których mowa w art. 74 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. 74 ust. 1 pkt 26, obejmuje okres od dnia przyznania zasiłku do dnia utraty prawa do zasiłku;

10) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 28, obejmuje okres od dnia przyznania świadczenia pielęgnacyjnego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania do dnia utraty prawa do ich pobierania;

11) osób, o których mowa w art. 74 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. 74 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. 74 ust. 1 pkt 30, 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;
- 14) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 31, powstaje z dniem złożenia w Urzędzie do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych oświadczenia o niepodleganiu przepisom o systemie ubezpieczeń społecznych i braku innego tytułu do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, a wygasa z dniem ustania tych warunków;
- 15) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 32, powstaje z dniem rozpoczęcia urlopu, a wygasa z dniem zakończenia urlopu;
- 16) osób, o których mowa w art. 74 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. 74 ust. 1 pkt 35, powstaje z dniem powołania na członka rady nadzorczej i przyznania świadczenia pieniężnego, a wygasa w dniu zaprzestania pełnienia tej funkcji.

Art. 82. 1. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników oraz wymienionych w art. 83 i art. 84 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego lub do ubezpieczenia społecznego rolników, z zastrzeżeniem art. 85 i art. 94 ust. 6.

2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 2-15, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych, z zastrzeżeniem art. 85.

Art. 83. 1. Osoby pobierające emeryturę lub rentę zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwa dla wydania decyzji w sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, właściwy organ emerytalny lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę, albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.

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

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.

4. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 17, 18 i 20, zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli, szkoły wyższe, jednostki prowadzące studia doktoranckie, placówki pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze i domy pomocy społecznej.

5. Dzieci, o których mowa w art. 74 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. 74 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. 74 ust. 1 pkt 22, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

8. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 23, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.

9. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 24, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego właściwy powiatowy urząd pracy.

10. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 26, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej.

11. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 28, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego wójt, burmistrz lub prezydent miasta.

12. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 29 i 30, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub indywidualny program zatrudnienia socjalnego.

13. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 27, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji.

14. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 31, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.

15. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 32, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.

16. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 34, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te obowiązane są zgłosić się niezwłocznie w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu ich zarejestrowania.

17. Osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 35, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający świadczenie pieniężne.

Art. 84. Osoby niewymienione w art. 82 i 83 do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszają się same.

Art. 85. 1. Zgłoszenia, o których mowa w art. 82 – 84, kierowane są do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

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

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

2) wskazanie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w przypadku osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 16, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

3) nazwisko i imię;

4) datę urodzenia;

5) adres zamieszkania;

6) numery PESEL i NIP, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano tych numerów lub jednego z nich - 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 również do Funduszu dane wymienione w ust. 2 oraz następujące dane dotyczące członka rodziny:

1) nazwisko i imię;

2) datę urodzenia;

- 3) adres zamieszkania;
- 4) stopień pokrewieństwa;
- 5) informację o znacznym stopniu niepełnosprawności;
- 6) numery PESEL i NIP, a w przypadku gdy członkowi rodziny nie nadano tych numerów lub jednego z nich - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;
- 7) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym – w przypadku osób, o których mowa w art. 5 pkt 3 lit c.

Art. 86. Na wniosek ministra właściwego do spraw finansów publicznych minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego przeprowadza kontrolę w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych;
- 2) Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
- w zakresie realizacji zadań ubezpieczenia zdrowotnego określonych przepisami ustawy.

Rozdział 2

Składki na ubezpieczenie zdrowotne

Art. 87. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosi 9% podstawy wymiaru składki, z zastrzeżeniem art. 88 ust. 1 i art. 90.

2. Składka jest miesięczna i niepodzielna.

Art. 88. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne rolnika podlegającego ubezpieczeniu społecznemu rolników jest równa kwocie odpowiadającej cenie połowy kwintala żyta z każdego hektara przeliczeniowego użytków rolnych w prowadzonym gospodarstwie rolnym, ustalonej dla celów wymiaru podatku rolnego.

2. Podstawą wymiaru składki dla rolnika prowadzącego działę specjalne produkcji rolnej jest ponadto deklarowana kwota odpowiadająca dochodowi ustalonemu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

3. Podstawą wymiaru składki dla rolnika, o którym mowa w art. 74 ust. 1 pkt 34, oraz dla domowników, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

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

Art. 89. 1. Do ustalenia podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 1 lit. a, d-i i pkt 3 i 11, stosuje się przepisy określające podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe tych osób, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 10.

2. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 1 lit. c, stanowi zadeklarowana kwota, nie niższa jednak niż 75% przeciętnego wynagrodzenia. Składka w nowej wysokości obowiązuje od trzeciego miesiąca następnego kwartału.

3. Podstawę wymiaru składek dla osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 5-10, 12 i 13, stanowi kwota odpowiadająca uposażeniu tych osób.

4. Podstawę wymiaru składek osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 2 i 4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

5. Przy ustalaniu podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się wyłączeń wynagrodzeń za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz nie stosuje się ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

6. Podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne pomniejsza się o kwoty składek na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i chorobowe finansowanych przez ubezpieczonych niebędących płatnikami składek, potrąconych przez płatników ze środków ubezpieczonego, zgodnie z przepisami o systemie ubezpieczeń społecznych.

7. Podstawę wymiaru składek dla funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej będących w służbie kandydackiej stanowi kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia.

8. Podstawą wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne dla:

1) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 14 i 15, jest kwota odpowiadająca wysokości uposażenia albo wynagrodzenia tych osób;

2) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 16, jest kwota emerytury, renty pomniejszona o kwotę spłaty nadpłaty świadczenia, z wyłączeniem dodatków, zasiłków, świadczeń pieniężnych i ryczałtu energetycznego, ekwiwalentu pieniężnego z tytułu prawa do bezpłatnego węgla oraz deputatu węglowego albo kwota uposażenia pobieranego w stanie spoczynku lub uposażenia rodzinnego, kwota uposażenia pobieranego po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężnego o takim samym charakterze.

- 3) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 17-20, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 4) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 22 i 23, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego stypendium;
- 5) osób, o których mowa w art. 74 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 40% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 6) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 25, jest kwota odpowiadająca wysokości zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, a w przypadku niepobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego - kwota odpowiadająca 40% wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 7) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 26, jest kwota odpowiadająca wysokości przyznanego zasiłku stałego z pomocy społecznej;
- 8) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 27, 29 i 30, jest maksymalna kwota zasiłku stałego z pomocy społecznej;
- 9) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 28 i 31, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 10) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 32, jest kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 11) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 33, jest kwota odpowiadająca kwocie faktycznie otrzymanych alimentów, nie wyższa jednak od wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych;
- 12) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 35, jest dochód w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, otrzymywany z tytułu pełnionej funkcji.

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. 74 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 świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.

11. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalania podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników, ich domowników oraz osób pobierających emeryturę lub rentę rolniczą, a także terminy i tryb ich opłacania, uwzględniając potrzebę zapewnienia terminowego opłacania składek.

Art. 90. 1. W przypadku gdy ubezpieczony uzyskuje przychody z więcej niż jednego tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 74 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. 74 ust. 1 pkt 1 lit. a, d-i, ubezpieczony uzyskuje więcej niż jeden przychód, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego z uzyskanych przychodów odrębnie.

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

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

5. Rodzajami działalności są:

- 1) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki cywilnej;
- 2) działalność gospodarcza prowadzona w formie jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością;
- 3) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki jawnej;
- 4) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki komandytowej;
- 5) działalność gospodarcza prowadzona w formie spółki partnerskiej;

- 6) wykonywanie działalności twórczej lub artystycznej jako twórca lub artysta;
- 7) wykonywanie wolnego zawodu w rozumieniu przepisów o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne;
- 8) wykonywanie wolnego zawodu, z którego przychody są przychodami z działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;
- 9) inna niż określona w pkt 1-8 pozarolnicza działalność gospodarcza prowadzona na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych.

6. W przypadku zbiegu tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 74 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. 74 ust. 1, gdy w każdym 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. 74 ust. 1 pkt 1 lit. c, w przypadku gdy osoba ta:

- 1) uzyskuje dodatkowe przychody z tego tytułu w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
- 2) opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.

9. Składka na ubezpieczenie zdrowotne nie jest opłacana przez osobę zaliczoną do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności od tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 74 ust. 1 pkt 1 lit. c, w przypadku gdy osoba ta:

- 1) uzyskuje przychody z tego tytułu w wysokości nieprzekraczającej miesięcznie 50% kwoty najniższej emerytury lub
- 2) opłaca podatek dochodowy w formie karty podatkowej.

10. Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana w wysokości nieprzekraczającej kwoty należnej zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, w

przypadku gdy osoba zaliczona do umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności uzyskuje przychód jedynie z tytułu do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 74 ust. 1 pkt 1 lit. c.

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

1) art. 74 ust. 1 pkt 1 lit. a, albo

2) art. 74 ust. 1 pkt 16

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

Art. 91. 1. W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 93 ust. 1-13, zgodnie z przepisami art. 87-89 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 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.⁹⁾), składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.

2. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:

1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek;

2) przychód ubezpieczonego zwolniony od podatku na podstawie umów o unikaniu podwójnego opodatkowania lub innych umów międzynarodowych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 1 i 16;

3) przychód członka służby zagranicznej wykonującego obowiązki służbowe w placówce zagranicznej, z wyłączeniem dodatku zagranicznego i innych świadczeń przysługujących tym osobom;

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 19, poz. 199, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 78, poz. 715, Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182, Nr 169, poz. 1384, Nr 181, poz. 1515, Nr 200, poz. 1679 i Nr 240, poz. 2058, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 595, Nr 84, poz. 774, Nr 90, poz. 844, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 166, poz. 1608, Nr 202, poz. 1956, Nr 222, poz. 2201, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257, Nr 54, poz. 535, Nr 93, poz. 894, Nr 99, poz. 1001, Nr 116, poz. 1203, 1205 i 1207, Nr 120, poz. 1252 i Nr 123, poz. 1291.

4) 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. 74 ust. 1 pkt 16

- składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 87-89.

3. W przypadku nieobliczania zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, przez płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od przychodów stanowiących podstawę wymiaru składki innych niż określone w ust. 2, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.

4. Płatnik składek przekazuje w formie elektronicznej do centrali Funduszu zestawienie składek na ubezpieczenie zdrowotne, pobranych z uwzględnieniem obniżenia określonego w ust. 1, zawierające informację o wysokości tych składek, jeżeli były ustalane zgodnie z przepisami niniejszego rozdziału.

5. Zestawienie, o którym mowa w ust. 4, zawiera ponadto następujące dane:

- 1) imię i nazwisko ubezpieczonego;
- 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 3) numer PESEL oraz numer NIP ubezpieczonego;
- 4) serię i numer dowodu osobistego lub paszportu ubezpieczonego - w przypadku nieposiadania numerów, o których mowa w pkt 3, albo jednego z nich;
- 5) nazwę (firmę), adres siedziby oraz kod płatnika;
- 6) numer NIP oraz numer REGON płatnika.

6. Płatnik składek rozliczający składki nie więcej niż za 5 osób może przekazywać zestawienia składek, o których mowa w ust. 4, w formie dokumentu pisemnego według ustalonego przez Fundusz wzoru.

Art. 92. 1. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne opłaca osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu, z zastrzeżeniem art. 93 i 94.

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.

Art. 93. 1. Za osobę pozostającą w stosunku pracy, w stosunku służbowym albo odbywającą służbę zastępczą składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza pracodawca, a w razie wypłaty świadczeń pracowniczych z Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, o których mowa w ustawie z dnia 29 grudnia

1993 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 85, z późn. zm.¹⁰⁾) - 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. 89 ust. 7, składkę oblicza, finansuje ze środków własnych i odprowadza szkoła Państwowej Straży Pożarnej.

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

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.

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 albo senatora składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Kancelaria Sejmu albo Kancelaria Senatu.

9. Za osobę pobierającą emeryturę lub rentę składkę jako płatnik oblicza, pobiera z kwoty emerytury lub renty, o której mowa w art. 89 ust. 8 pkt 2 i ust. 9, i odprowadza jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych właściwa do wydawania decyzji w sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, inny właściwy organ emerytalny lub rentowy lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę, albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy.

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

¹⁰⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 127, poz. 1088, Nr 155, poz. 1287 i Nr 199, poz. 1673 oraz z 2003 r. Nr 210, poz. 2037 i Nr 229, poz.

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. 74 ust. 1 pkt 22, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.

13. Za osobę, o której mowa w art. 74 ust. 1 pkt 23, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający stypendium.

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

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

16. Za członka rady nadzorczej składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot wypłacający to świadczenie pieniężne.

Art. 94. 1. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

1) rolników, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, oraz domowników, z wyjątkiem rolników prowadzących działy specjalne produkcji rolnej, opłaca Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;

2) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 2, opłaca się z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej;

3) osób, o których mowa w art. 74 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. 74 ust. 1 pkt 17 i 18, przebywających w placówce pełniące 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. 74 ust. 1 pkt 19, opłaca ośrodek pomocy społecznej;

6) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 20, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają studia;

7) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 24, oraz osób niepobierających zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, z przyczyn określonych w art.

27 ust. 1 pkt 3-6 i ust. 2 ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu opłaca właściwy urząd pracy;

8) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 26, opłaca ośrodek pomocy społecznej;

9) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 28, opłaca wójt, burmistrz lub prezydent miasta;

10) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 27, opłaca powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji;

11) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 29 i 30, opłaca ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub indywidualny program zatrudnienia socjalnego;

12) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 31, opłaca Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych;

13) osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 32, opłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych;

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, opłaca szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie, w której osoby te odbywają lub będą odbywać studia.

2. Składki na ubezpieczenie zdrowotne osób, o których mowa w ust. 1, osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 34, 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.

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, postulików, nowicjuszy i juniorystów i 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. 74 ust. 1 pkt 1 lit. b, opłacana jest od pierwszego dnia miesiąca, w którym złożono zgłoszenie do ubezpieczenia w trybie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, do ostatniego dnia miesiąca, w którym ustały okoliczności uzasadniające podleganie ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Art. 95. 1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 92 – 94, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić i rozliczyć składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianym dla składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli do tych osób i jednostek nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym - w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.

2. W przypadku rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur, rent, zasiłków przedemerytalnych i świadczeń przedemerytalnych 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. 74 ust. 1 pkt 1 lit. a i c-i, pkt 2-33 i 35 oraz w art. 76 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2;
- 2) osób wymienionych w art. 74 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 16 pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz osób wymienionych w art. 74 ust. 1 pkt 34 są opłacane i ewidencjonowane w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

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 i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane o ubezpieczonych, o których mowa w art. 195 ust. 4 pkt

1 i 8-10, i opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 85 ust. 1, i w imiennym raporcie miesięcznym, i odsetkach za zwłokę, nie później niż w ciągu 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających ustalenie ich wysokości i rozdzielenie ich na ubezpieczonych.

8. Fundusz jest uprawniony do nieodpłatnego dostępu do informacji o ubezpieczonym i opłacanej przez niego składce, przekazywanych do centrali Funduszu, w zakresie niezbędnym do realizacji ubezpieczenia zdrowotnego, znajdujących się w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane, o których mowa w art. 195 ust. 4 pkt 1, 3-4 i 8-11, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 85 ust. 1, po przeprowadzeniu ich weryfikacji, polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL.

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. 85 ust. 1, i w imiennych raportach miesięcznych, za dany kwartał, nie później niż do ostatniego dnia drugiego miesiąca następującego po tym kwartale.

11. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.

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 oraz tryb dokonywania niezbędnych korekt w przypadku stwierdzenia niezgodności przekazywanych danych, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.

Art. 96. Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,25% kwoty tej części składek przekazanych do centrali Funduszu, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego) również w zakresie wysokości wpłat.

Art. 97. Od kwoty nieprzekazanych w terminie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami, Fundusz pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

Art. 98.1. 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 lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, określając jednocześnie jej zakres przedmiotowy i podmiotowy.

3. Do zakresu kontroli, o której mowa w ust. 1, należy kontrola rzetelności:

- 1) zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych tym ubezpieczeniem;
- 2) deklarowanych podstaw obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne, prawidłowości obliczania, opłacania i odprowadzania składki.

4. Fundusz analizuje uzyskane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane, o których mowa w ust. 3, oraz występuje z wnioskami do tych instytucji.

Art. 99. 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. 100. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 5-13, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostką,

uwzględniając sposób zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz względy obronności państwa.

Art. 101. 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. 102. 1. Zwrot nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne następuje na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.

2. Zwrotu nienależnie opłaconych składek na ubezpieczenie zdrowotne nie można dochodzić, jeżeli od dnia ich opłacenia upłynęło 5 lat.

3. Od nienależnie pobranej emerytury, renty albo świadczenia pieniężnego dla cywilnych ofiar wojny składka na ubezpieczenie zdrowotne nie podlega zwrotowi.

Art. 103. 1. Składka na ubezpieczenie zdrowotne podlega odliczeniu:

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

2) od ryczałtu od przychodów ewidencjonowanych, karty podatkowej oraz zryczałtowanego podatku dochodowego od przychodów osób duchownych - na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. Nr 144, poz. 930, z późn. zm.¹¹⁾).

2. Odliczenia, o których mowa w ust. 1, nie mogą powodować zmniejszenia dochodów jednostek samorządu terytorialnego.

DZIAŁ VI

Narodowy fundusz zdrowia

Rozdział 1

Przepisy ogólne

¹¹⁾ Zmiany ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 125, poz. 1363 i 1369 i Nr 134, poz. 1509 oraz z 2002 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 169, poz. 1384, Nr 172, poz. 1412 i Nr 200, poz. 1679.

Art. 104. 1. Tworzy się Narodowy Fundusz Zdrowia będący państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.

2. W skład Funduszu wchodzi:

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

6. Fundusz działa na podstawie ustawy i statutu.

7. Prezes Rady Ministrów, w drodze rozporządzenia, nadaje statut Funduszowi, 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. 105. 1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 122.

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:

- 1) promocja zdrowia;
- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
- 3) monitorowanie ordynacji lekarskich;
- 4) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szczególności w oparciu o wyniki działalności Agencji oraz Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 5) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych;
- 6) wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;
- 7) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;
- 8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

- 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) gromadzenia danych o ubezpieczonych w Funduszu;
- 3) gromadzenia danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 4) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
- 5) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

5. Fundusz nie prowadzi działalności gospodarczej.

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

7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4 i 6 w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 104 ust. 4.

Art. 106. 1. Organami Funduszu są:

- 1) Prezes Funduszu;
- 2) Rada Funduszu;
- 3) dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.

2. W sprawach niezastrzeżonych do zakresu zadań Rady Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu organem właściwym jest Prezes Funduszu.

3. Techniczno-organizacyjną obsługę Prezesa Funduszu i Rady Funduszu zapewnia centrala Funduszu.

Art. 107. 1. Rada Funduszu składa się z 11 osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów na 5 lat, przy czym:

- 1) 1 członka - powołuje się na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich;
- 2) 1 członka powołuje się na wniosek strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 3) 1 członka powołuje się na wniosek Ministra Obrony Narodowej;
- 4) 1 członka powołuje się na wniosek Ministra Sprawiedliwości;
- 5) 1 członka powołuje się na wniosek ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

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

3. W skład Rady Funduszu wchodzi osoby, które spełniają łącznie 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.

4. Członkowie Rady Funduszu nie mogą być jednocześnie:

- 1) pracownikami Funduszu;
- 2) świadczeniodawcami;
- 3) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
- 4) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
- 5) członkami organów lub pracownikami Agencji lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 6) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151);
- 7) pracownikami urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

5. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, wynagrodzenie członków Rady Funduszu, uwzględniając zakres zadań Rady.

Art. 108. 1. Do zadań Rady Funduszu należy w szczególności:

- 1) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu w trybie określonym w art. 109 ust. 2;
- 2) odwoływanie Prezesa Funduszu w przypadku, o którym mowa w art. 109 ust. 3;
- 3) powoływanie i odwoływanie zastępców Prezesa Funduszu w trybie określonym w art. 110 ust. 2 i 3;
- 4) powoływanie i odwoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii właściwego sejmiku województwa;
- 5) opiniowanie rocznego planu finansowego Funduszu, uchwalanie planu pracy Funduszu i przyjmowanie kwartalnych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu oraz uchwalanie rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych;

6) podejmowanie uchwał dotyczących majątku Funduszu, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu;

7) opiniowanie systemu wynagradzania pracowników Funduszu;

8) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu.

2. Uchwały w sprawach określonych w ust. 1 pkt 1-4, są podejmowane przez Radę Funduszu większością 3/4 głosów, przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby jej członków.

3. W sprawach innych niż określone w ust. 1 pkt 1-4, Rada Funduszu podejmuje uchwały większością głosów przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Rady.

4. Prezes Rady Ministrów odwołuje członka Rady Funduszu przed upływem kadencji, z zastrzeżeniem art. 173 ust. 1 pkt 1, 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) nieuzasadnionego niestawienia na 4 kolejnych posiedzeniach Rady Funduszu;

4) naruszenia przepisów art. 107 ust. 2 lub 4;

5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.

5. Przed upływem kadencji członka Rady Funduszu Prezes Rady Ministrów może odwołać także na podstawie wniosku podmiotu, który wnioskował o jego powołanie.

6. W przypadku odwołania członka Rady Funduszu albo jego śmierci przed upływem jego kadencji, Prezes Rady Ministrów powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy art. 107 ust. 1 stosuje się odpowiednio.

7. Przepisu ust. 6 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji członka Rady Funduszu pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia odwołania albo jego śmierci.

Art. 109. 1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.

2. Prezesa Funduszu powołuje i odwołuje Rada Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych Rada Funduszu może odwołać Prezesa Funduszu bez wniosku, o którym mowa w ust. 2. W takim przypadku Rada Funduszu niezwłocznie informuje ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra

właściwego do spraw finansów publicznych o podjętej w tej sprawie uchwale, przedstawiając jej uzasadnienie.

4. Rada Funduszu ustala wynagrodzenie Prezesa Funduszu.
5. Do zakresu działania Prezesa Funduszu należy:
 - 1) bieżące zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu;
 - 2) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych;
 - 3) zawieranie i rozliczanie umów, o których mowa w pkt 2;
 - 4) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;
 - 5) ustalanie jednolitych sposobów realizacji zadań przez oddziały wojewódzkie Funduszu;
 - 6) monitorowanie ordynacji lekarskich na podstawie danych przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu;
 - 7) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
 - 8) sporządzanie rocznego planu finansowego Funduszu, rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu i sprawozdania finansowego Funduszu oraz niezwłocznie przedkładanie ich ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;
 - 9) wnioskowanie do Rady Funduszu o powołanie albo odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego;
 - 10) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;
 - 11) sporządzanie projektów planu pracy Funduszu i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu i przedkładanie ich, w terminie 7 dni od dnia przyjęcia przez Radę Funduszu, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
 - 12) koordynowanie działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu;
 - 13) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu podlegających badaniu w trybie art. 170, w terminie 3 dni roboczych od dnia ich uchwalenia;
 - 14) przygotowanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz wpływów i wydatków;
 - 15) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;
 - 16) przedstawianie Radzie Funduszu propozycji w sprawie systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
 - 17) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, jednostkami samorządu terytorialnego, innymi instytucjami działającymi na rzecz

ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi i organizacjami pracodawców;

18) nabywanie i zaciąganie zobowiązań w imieniu Funduszu przekraczających upoważnienia statutowe dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;

19) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników centrali Funduszu;

20) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;

21) rozpatrywanie odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego;

22) rozpatrywanie odwołań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

23) ustalanie rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na następny rok.

6. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, Prezesa Funduszu zastępuje, na podstawie jego pisemnego upoważnienia, jeden z zastępców Prezesa Funduszu. W przypadku śmierci osoby pełniącej funkcję Prezesa Funduszu lub niemożności udzielenia przez niego takiego upoważnienia - upoważnienia udziela Rada Funduszu.

7. Prezes Funduszu może udzielić zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu Funduszu oraz pracownikom centrali Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych i upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych w wykonaniu zadań, o których mowa w ust. 5.

8. Pełnomocnictwa i upoważnienia, o których mowa w ust. 7, są udzielane na piśmie pod rygorem nieważności.

Art. 110. 1. Prezes Funduszu wykonuje swoje zadania przy pomocy trzech zastępców Prezesa.

2. Zastępców Prezesa powołuje i odwołuje Rada Funduszu, na wniosek Prezesa Funduszu, i ustala ich wynagrodzenie.

3. Zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych powołuje i odwołuje Rada Funduszu, na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości.

4. Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa określa statut Funduszu.

5. Prezes Funduszu, jego zastępcy i główny księgowy Funduszu nie mogą być jednocześnie:

1) członkami Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;

2) pracownikami oddziałów wojewódzkich Funduszu;

- 3) świadczeniodawcami;
- 4) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
- 5) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
- 6) członkami organów lub pracownikami Agencji lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 7) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego;
- 8) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

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

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

Art. 111. 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 B".

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. 112. Prezes Funduszu w celach informacyjnych i promocyjnych wydaje Biuletyn Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 113. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego kieruje oddziałem wojewódzkim Funduszu.

2. Do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:

- 1) powoływanie członków rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) dokonywanie wyboru realizatorów programów zdrowotnych w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia – w przypadku programów zdrowotnych tego ministra;

- 4) dokonywanie wyboru realizatorów programów zdrowotnych lub realizacja tych programów;
- 5) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) przygotowywanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 7) przygotowywanie projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 8) realizacja planu finansowego Funduszu w zakresie, w jakim dotyczy danego oddziału wojewódzkiego;
- 9) kontrola świadczeniodawców i aptek;
- 10) monitorowanie ordynacji lekarskich;
- 11) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 12) monitorowanie, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej;
- 13) wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego;
- 14) udzielanie informacji, na żądanie Prezesa Funduszu lub Rady Funduszu, o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może być jednocześnie:

- 1) Prezesem Funduszu albo jego zastępcą;
- 2) głównym księgowym Funduszu;
- 3) członkiem Rady Funduszu;
- 4) członkiem rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 5) pracownikiem centrali Funduszu;
- 6) świadczeniodawcą;
- 7) właścicielem, pracownikiem lub osobą współpracującą ze świadczeniodawcami;
- 8) członkiem organów lub pracownikiem jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
- 9) członkiem organów lub pracownikiem Agencji lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 10) członkiem organów lub pracownikiem jednostek samorządu terytorialnego;
- 11) członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

4. Kierowników komórek organizacyjnych, o których mowa w art. 104 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.

Art. 114. 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.

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.

Art. 115. Od decyzji Prezesa Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 116. 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. 117. 1. W oddziałach wojewódzkich Funduszu działają rady oddziałów wojewódzkich Funduszu o charakterze opiniodawczo - doradczym.

2. W skład rady oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi 14 ubezpieczonych zamieszkujących na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

3. Członkowie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu są powoływani przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na wniosek:

1) sejmiku województwa - 4 członków;

- 2) Okręgowej Rady Lekarskiej – 1 członek, a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada lekarska, delegują one wspólnego kandydata;
- 3) Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych – 1 członek, a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada pielęgniarek i położnych, delegują one wspólnego kandydata;
- 4) Okręgowej Rady Aptekarskiej – 1 członek, a w przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada aptekarska, delegują one wspólnego kandydata;
- 5) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych – 1 członek;
- 6) właściwego wojewody – 1 członek;
- 7) właściwej miejscowo jednostki organizacyjnej Federacji Konsumentów – 2 członków;
- 8) właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego – 1 członek;
- 9) właściwego komendanta wojewódzkiej Policji – 1 członek;
- 10) właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej – 1 członek - spełniający wymagania określone w ust. 5.

4. Kadencja rady oddziału wojewódzkiego Funduszu trwa cztery lata licząc od dnia pierwszego posiedzenia rady oddziału. Pierwsze posiedzenie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zwołuje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. 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.

6. 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, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
- 7) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;

8) członkami organów lub pracownikami Agencji lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;

9) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

7. Członkowie rad oddziałów wojewódzkich Funduszu wybierają spośród swojego grona przewodniczącego.

8. Do zadań rad oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:

- 1) opiniowanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) opiniowanie projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 3) opiniowanie rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu w części dotyczącej danego oddziału wojewódzkiego;
- 4) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.

9. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu odwołuje członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu przed upływem kadencji w przypadku:

- 1) rezygnacji ze stanowiska;
- 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
- 3) nieuzasadnionego niestawiennictwa na 4 kolejnych posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 4) naruszenia przepisów ust. 6 lub 13;
- 5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.

10. W przypadku odwołania członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu albo jego śmierci przed upływem jego kadencji, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy ust. 3 stosuje się odpowiednio.

11. Przepisu ust. 10 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia odwołania albo jego śmierci.

12. Członkom rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie przysługuje wynagrodzenie. 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.

13. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu, na podstawie projektu przedstawionego przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Art. 118. 1. Pracownicy Funduszu nie mogą być jednocześnie:

- 1) świadczeniodawcami;
- 2) właścicielami, pracownikami podmiotów współpracujących ze świadczeniodawcami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
- 3) członkami organów lub pracownikami jednostek będących podmiotami tworzącymi zakłady opieki zdrowotnej;
- 4) członkami organów lub pracownikami Agencji lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 5) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego;
- 6) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

2. Pracownicy Funduszu:

- 1) mogą być zatrudnieni u innego pracodawcy, za zgodą Prezesa Funduszu;
- 2) nie mogą prowadzić działalności gospodarczej.

Rozdział 2

Gospodarka finansowa Funduszu

Art. 119. Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

Art. 120. 1. Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi.

2. Obsługę bankową Funduszu prowadzi Bank Gospodarstwa Krajowego.

3. Oddziały wojewódzkie Funduszu, za zgodą Prezesa Funduszu, mogą prowadzić rachunki bankowe w innych bankach spełniających kryteria, o których mowa w art. 132 ust. 2.

Art. 121. 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. 122. Środki finansowe Funduszu pochodzą z następujących źródeł:

- 1) z należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 2) z odsetek od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 3) z darowizn i zapisów;
- 4) z zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- 5) z krótkoterminowych kredytów i pożyczek;
- 6) z dotacji;
- 7) z tytułu roszczeń regresowych;
- 8) z dochodów z lokat;
- 9) z innych źródeł.

Art. 123. Środki finansowe, o których mowa w art. 122, Prezes Funduszu przeznacza na:

- 1) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;
- 2) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) finansowanie wydatków na refundację leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
- 4) finansowanie zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- 5) finansowanie działalności Funduszu, w szczególności finansowanie wydatków inwestycyjnych, wydatków związanych z utrzymaniem nieruchomości, wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i kosztów podróży;
- 6) finansowanie poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 7) spłatę krótkoterminowych kredytów i pożyczek wraz z odsetkami;
- 9) wypłatę odszkodowań;
- 10) finansowanie opłaty, o której mowa w art. 69 ust. 5;
- 11) inne wydatki wynikające z odrębnych przepisów.

Art. 124. 1. Prezes Funduszu sporządza coroczny plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie wpływów i wydatków na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość planowanych wydatków dla centrali i poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz wysokość łącznych wpływów i wydatków Funduszu według następujących zasad:

- 1) 95% planowanych wydatków Funduszu jest dzielonych pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, przy czym:
 - a) podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia,
 - b) wysokość środków określonych w lit. a koryguje się przez uwzględnienie migracji ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu do świadczeniodawców z innego oddziału Funduszu;
- 2) 4% planowanych wydatków Funduszu przeznacza się na:
 - a) realizację zadań wynikających z przepisów o koordynacji,
 - b) programy zdrowotne,
 - c) świadczenia wysokospecjalistyczne,
 - d) finansowanie działalności Funduszu;
- 3) 1% planowanych wydatków Funduszu przeznacza się na rezerwę ogólną.

Art. 125. Rada Ministrów 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 zasady wymienione w art. 124 ust. 2 oraz konieczność korygowania kryteriów podziału środków raz na dwa lata.

Art. 126. 1. Prezes Funduszu, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, w terminie do 30 czerwca sporządza coroczną prognozę wpływów na kolejne 3 lata.

2. Prezes Funduszu, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia, w terminie do 30 czerwca sporządza coroczną prognozę wydatków na kolejne 3 lata na podstawie informacji przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

3. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazują informacje, o których mowa w ust. 2, w terminie do 15 maja.

4. Prezes Funduszu w terminie do 15 lipca informuje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu o przewidywanych wpływach Funduszu.

5. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich przekazują Prezesowi Funduszu w terminie do 31 lipca projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

6. Prognozy, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz plany, o których mowa w ust. 5, są podstawą do sporządzenia 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 2.

Art. 127. 1. Prezes Funduszu sporządza plan finansowy i przedstawia go w terminie do 10 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan:

- 1) Radzie Funduszu;
 - 2) Komisji Finansów Publicznych Sejmu
- w celu zaopiniowania.

2. Niewydanie opinii, o których mowa w ust. 1, w terminie 14 dni od dnia otrzymania planu finansowego jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.

3. Prezes Funduszu przekazuje do 26 sierpnia plan finansowy wraz z opiniami, o których mowa w ust. 1, jeżeli zostały wydane, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych.

4. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia zatwierdza plan finansowy Funduszu, w terminie do 20 września roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.

5. W przypadku gdy Prezes Funduszu nie przekaze w terminie, o którym mowa w ust. 3, planu finansowego Funduszu, minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia ustala, w drodze zarządzenia, plan finansowy Funduszu do 20 września roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania, o których mowa w art. 173 ust. 1 pkt 2.

Art. 128. 1. W przypadku gdy plan finansowy narusza prawo lub prowadzi do niezrównoważenia wpływów i wydatków Funduszu, minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia 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 z uwzględnieniem zaleceń, o których mowa w ust. 1, i niezwłocznie przedstawia go ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych w celu zatwierdzenia w trybie, o którym mowa w art. 127 ust. 4.

3. W przypadku nieusunięcia przez Prezesa Funduszu nieprawidłowości, o których mowa w ust. 1:

- 1) minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia dokonuje zmian w planie finansowym Funduszu oraz ustala go w drodze zarządzenia oraz
- 2) minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje działania, o których mowa w art. 173 ust. 1 pkt 2.

Art. 129. 1. Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu finansowego, w przypadku zaistnienia sytuacji związanych z wykonaniem planu finansowego, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia planu.

2. Każdej zmiany planu finansowego dokonuje się zgodnie z zasadami, o których mowa w art. 124 ust. 2.

3. Zmiana planu finansowego następuje w trybie określonym dla zatwierdzenia planu.

4. Prezes Funduszu, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw finansów publicznych, może dokonać przesunięcia wydatków pomiędzy poszczególnymi pozycjami planu finansowego.

5. Przesunięcia wydatków, o których mowa w ust. 4, można dokonać w ramach planu finansowego, w części dotyczącej oddziału wojewódzkiego albo centrali Funduszu.

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Funduszu, w planie finansowym Funduszu może przesuwać wydatki przeznaczone na świadczenia opieki zdrowotnej w części dotyczącej oddziału wojewódzkiego.

7. Przesunięcie wydatków, o których mowa w ust. 4, nie wymaga zmiany planu finansowego w trybie określonym dla zatwierdzenia planu finansowego.

8. Prezes Funduszu może uruchomić rezerwę ogólną po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia. Uruchomienie rezerwy ogólnej nie wymaga zmiany planu finansowego w trybie określonym dla zatwierdzenia planu finansowego.

9. W przypadkach, o których mowa w art. 127 ust. 5 i art. 128 ust. 3, zmiany planu finansowego dokonuje minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia. Przepisy ust. 1 – 6 stosuje się odpowiednio.

Art. 130. Nadwyżkę powstałą w wyniku realizacji planu finansowego w części dotyczącej oddziału wojewódzkiego Funduszu pozostawia się do dyspozycji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Art.131. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza nie później niż w ciągu 2 miesięcy od zakończeniu roku roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu, w części dotyczącej oddziału wojewódzkiego.

2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez Radę Funduszu w terminie 15 dni od dnia jego otrzymania, po zasięgnięciu opinii rady oddziału.

Art. 132. 1. Prezes Funduszu, za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych, w celu zapewnienia płynności finansowej, może zaciągać krótkoterminowe pożyczki i kredyty. 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. Fundusz jest obowiązany utrzymywać środki, o których mowa w ust. 1, na rachunkach bankowych w bankach, których kapitał własny wynosi co najmniej 100.000.000 złotych, w taki sposób, aby osiągnąć jak największy stopień bezpieczeństwa i rentowności przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków.

Art. 133. 1. Fundusz prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694, z późn. zm.¹²⁾), z wyłączeniem art. 80 ust. 3 tej ustawy.

2. Centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu sporządzają samodzielne sprawozdania finansowe.

3. Łączne sprawozdanie finansowe Funduszu, o którym mowa w art. 51 ustawy 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 i minister właściwy do spraw zdrowia może żądać dodatkowych danych dotyczących sprawozdania finansowego.

Art. 134. 1. Z zastrzeżeniem art. 130, zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznaczona się w szczególności na:

- 1) pokrycie strat z lat ubiegłych lub
- 2) fundusz zapasowy Funduszu.

¹²⁾ Zmiany tekstu jednolitego niniejszej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 60, poz. 535, Nr 124, poz. 1152, Nr 139, poz. 1324 i Nr 229, poz. 2276.

2. O przeznaczeniu zysku decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych. Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych odnośnie sposobu podziału zysku.

Art. 135. 1. Prezes Funduszu, na podstawie sprawozdań, o których mowa w art. 131, sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu, nie później niż w ciągu 3 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 Finansów Publicznych Sejmu.

Art. 136. 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.

DZIAŁ VII

Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami

Art. 137. 1. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Podstawą udzielania świadczeń wyspospecjalistycznych finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Prezesem Funduszu.

3. 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.

4. Nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń zdrowotnych u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Funduszem.

5. 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.

6. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Art. 138. Świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi. Przepisy art. 137 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 139. 1. Fundusz jest obowiązany traktować jednakowo 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. 140. 1. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne.

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

3. Informację, o której mowa w ust. 2, zamieszcza się w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 141. 1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) inne wymagania dla podwykonawców 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 i zażaleń;
- 7) klauzulę informującą o zakazie, o którym mowa w art. 168, oraz pouczenie o prawnych skutkach naruszenia tego zakazu;
- 8) postanowienie o odstąpieniu od umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
- 9) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonego w pkt 8.

2. Umowa, o której mowa w ust. 1, obejmuje pozostawanie w gotowości szpitali włączonych do Krajowej Sieci Szpitali, o której mowa w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając przepisy ust. 1 i 2 oraz kierując się koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów.

Art. 142. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Art. 143. 1. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 163 i 164, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:

- 1) konkursu ofert albo
- 2) rokowań.

2. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5. W celu przeprowadzenia rokowań po zamieszczeniu ogłoszenia Fundusz wysyła zaproszenia.

3. Ogłoszenie zawiera w szczególności:

- 1) nazwę i adres siedziby zamawiającego;
- 2) określenie wartości i przedmiotu zamówienia;

3) wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających normy europejskie, europejskich aprobat technicznych lub norm państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzających europejskie normy zharmonizowane oraz klasyfikacji statystycznych wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej;

4) wskazanie świadczeniodawców zapraszanych do rokowań – w przypadku rokowań.

4. W celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odpowiednio dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu powołuje komisję. Tryb pracy komisji określa regulamin uchwalony przez Radę Funduszu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadania, uwzględniając równe traktowanie świadczeniodawców oraz uczciwą konkurencję, a także możliwość jednego ogłoszenia o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenia świadczeń zdrowotnych łącznie z zakresem podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych i leczenia szpitalnego.

Art. 144. 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. 145. 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.).

Art. 146. 1. Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej.

2. W części jawnej konkursu ofert komisja w obecności oferentów:

- 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz liczbę złożonych ofert;
- 2) otwiera koperty lub paczki z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki, o których mowa w art. 150 pkt 3;
- 3) przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.

3. Oświadczenia lub zawiadomienia przekazane za pomocą teleksu, poczty elektronicznej lub telefaksu uważa się za złożone w terminie, jeżeli ich treść dotarła do adresata przed upływem terminu i została niezwłocznie potwierdzona na piśmie przez przekazującego.

4. Ofertę sporządza się w języku polskim, z zachowaniem formy pisemnej pod rygorem nieważności.

5. W części niejawnej konkursu ofert komisja może:

- 1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość i ich dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny;

2) odrzucić wszystkie oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego wykonywania świadczeń zdrowotnych.

6. Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń zdrowotnych;

2) ceny za udzielane świadczenia zdrowotne.

7. Negocjacje przeprowadza się z oferentami, którzy złożyli najkorzystniejsze oferty.

8. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.

Art. 147. 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 zdrowotnych 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 zdrowotnych 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. 146 ust. 2.

5. Do części niejawnej rokowań stosuje się odpowiednio art. 146 ust. 5.

Art. 148. 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 zdrowotnych będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 149. 1. W przypadku, o którym mowa w art. 148 pkt 1, zaprasza się do udziału w rokowaniach świadczeniodawców, których oferty nie zostały odrzucone w unieważnionym konkursie ofert.

2. W przypadku, o którym mowa w art. 148 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. 150. Prezes Funduszu określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) kryteria oceny ofert;
- 3) warunki wymagane od świadczeniodawców.

Art.151. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

Art. 152. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

- 1) ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją;
- 2) ceny oferowanych świadczeń zdrowotnych oraz kalkulacje kosztów.

Art. 153. 1. Odrzuca się ofertę:

- 1) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;
- 2) gdy dostarczone przez świadczeniodawcę informacje są nieprawdziwe;
- 3) gdy świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych.

2. W przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 1, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.

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. 154. 1. Odpowiednio Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, na wniosek komisji, 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 zdrowotnych;
- 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

2. Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

Art. 155. 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. Ogłoszenie zawierające nazwę (firmę) albo imię i nazwisko, oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres świadczeniodawcy, który został wybrany, niezwłocznie zamieszcza się na tablicy informacyjnej oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. Z chwilą ogłoszenia rozstrzygnięcia postępowania następuje jego zakończenie i komisja ulega rozwiązaniu.

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

Art. 156. 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. 157 i 158.

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. 157. 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 złożenia i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest.

4. Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

5. Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

Art. 158. 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może złożyć, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania do Prezesa Funduszu za pośrednictwem dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. W przypadku gdy postępowanie o zawarcie umowy przeprowadza Prezes Funduszu, świadczeniodawca składa odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

2. Wniesione odwołanie wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozpatrzenia.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może uwzględnić odwołanie w terminie 7 dni od dnia jego złożenia i udzielić pisemnej odpowiedzi składającemu odwołanie.

4. W przypadku nieuwzględnienia odwołania, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu przekazuje odwołanie niezwłocznie, nie później niż w terminie 2 dni, do Prezesa Funduszu.

5. Informację o wniesieniu odwołania i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie w terminie 14 dni, od dnia jego otrzymania, i wydaje decyzję administracyjną w tej sprawie.

7. W przypadku uwzględnienia odwołania przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do ponownie przeprowadzanego postępowania stosuje się odpowiednio art. 148 pkt 1 oraz art. 149.

8. Od decyzji, o której mowa w ust. 6, świadczeniodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 159. 1. Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

2. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie, lub jeżeli 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 odpowiednio Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego.

Art. 160. 1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga zgody Rady Funduszu.

2. W przypadku zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż rok świadczeniodawca przez okres obowiązywania umowy nie może ubiegać się o zawarcie nowej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym samym zakresie i dotyczącej tego samego przedmiotu. Nie dotyczy to przypadku, gdy spełnione są przesłanki do zawarcia umowy określone w art. 148 pkt 2 lub 3.

Art. 161. Do zmiany umowy nie stosuje się przepisów o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 162. 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. Nowe postępowanie przeprowadza się niezwłocznie.

Art. 163. 1. Jeżeli w ocenie Funduszu przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert lub rokowań nie doprowadzi do wyboru świadczeniodawcy, Fundusz może przeprowadzić postępowanie w sprawie zmiany dotychczasowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w drodze negocjacji.

2. Postępowanie, o którym mowa w ust. 1, Fundusz może również przeprowadzić, gdy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostało unieważnione z przyczyn wskazanych w art. 154 ust. 1 pkt 1 – 4.

3. Postępowanie, o którym mowa w ust. 1, prowadzi się w celu ustalenia liczby, ceny i warunków udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz okresu trwania umowy.

4. W wyniku postępowania, o którym mowa w ust. 1, umowa może być przedłużona na okres nie dłuższy niż rok. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być przedłużona w trybie, o którym mowa w ust. 1, na łączny okres nie dłuższy niż 3 lata.

Art. 164. 1. Przepisów art. 141 ust. 1 pkt 5, art. 163 oraz przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami:

- 1) udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

2. W przypadkach o których mowa w ust. 1, zawiera się umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu.

3. Fundusz 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 świadczeniodawcy realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, w szczególności określając jego organizację i wyposażenie, uwzględniając rodzaj wykonywanych czynności oraz zapewnienie dostępności dla świadczeniobiorców.

Art. 165. Świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje zażalenie na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu albo Prezesa Funduszu.

Art. 166. 1. Zażalenie, o którym mowa w art. 165, dotyczące realizacji umowy rozpatruje, w terminie 7 dni, od dnia jego otrzymania, odpowiednio Prezes Funduszu albo minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Zażalenie, o którym mowa w ust. 1, składa się wraz z uzasadnieniem za pośrednictwem właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu.

3. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia przez odpowiednio Prezesa Funduszu albo ministra właściwego do spraw zdrowia świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie. Wniosek ten jest rozpatrywany niezwłocznie przez Prezesa Funduszu albo ministra właściwego do spraw zdrowia. Zażalenie na ponowne rozpatrzenie nie przysługuje.

Art. 167. 1. Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotem zobowiązanym do finansowania tych świadczeń ze środków publicznych, może pobierać opłaty za takie same rodzajowo świadczenia w ramach umowy zawartej z pacjentem. Zawarcie takiej umowy oznacza rezygnację z uprawnień do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków publicznych w zakresie objętym tą umową.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, nie może pobierać opłat od świadczeniobiorcy za udzielone mu świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, z wyjątkiem częściowej odpłatności za świadczenia alternatywne.

3. Umowy, o których mowa w ust. 1, nie mogą ograniczać dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności naruszać przepisów art. 20 ustawy i art. 21 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 168. 1. Zakazane są porozumienia pomiędzy świadczeniodawcami, których celem lub skutkiem jest:

- 1) ustalanie, bezpośrednio lub pośrednio, cen i innych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) podział rynków zbytu świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) ograniczanie dostępu do rynku lub eliminowanie z rynku świadczeniodawców nieobjętych porozumieniem;
- 4) uzgadnianie przez świadczeniodawców przystępujących do konkursu ofert lub rokowań warunków składanych ofert, w szczególności dotyczących zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej lub ich ceny;
- 5) zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na warunkach innych niż określone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ograniczenie zakresu udzielania tych świadczeń.

2. W przypadku powzięcia przez ministra właściwego do spraw zdrowia wiadomości o zawarciu porozumienia, o którym mowa w ust. 1, minister ten wszczyna postępowanie wyjaśniające. Przepisy art. 180 i przepisy wydane na podstawie art. 187 stosuje się odpowiednio.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze decyzji administracyjnej, stwierdza nieważność porozumienia oraz wzywa świadczeniodawcę do zaprzestania działań skutkujących zaistnieniem okoliczności, o których mowa w ust. 1.

4. Decyzji, o której mowa w ust. 3, nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Przepis art. 127 § 3 Kodeksu postępowania administracyjnego stosuje się.

5. W przypadku niezaprzestania przez świadczeniodawcę działań skutkujących zaistnieniem okoliczności, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia nakłada na niego, w drodze decyzji administracyjnej, karę pieniężną w wysokości od 1000 do 10000 złotych, biorąc pod uwagę szkodliwość tych działań dla systemu ochrony zdrowia oraz zagrożenie niewykonania określonych w ustawie obowiązków wobec świadczeniobiorców.

6. Kara pieniężna, o której mowa w ust. 5, podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia nie wszczyna postępowania, o którym mowa w ust. 2, a wszczęte zawiesza, jeżeli postępowanie dotyczące porozumienia, o którym mowa w ust. 1, wszczął Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

8. Niezależnie od zastosowania kary pieniężnej, o której mowa w ust. 5, minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o:

- 1) rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą;
- 2) niezawieranie umowy ze świadczeniodawcą przez okres co najmniej roku od dnia wydania decyzji, o której mowa w ust. 3.

DZIAŁ VIII

Nadzór nad ubezpieczeniem zdrowotnym

Art. 169. 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, gospodarności.

Art. 170. 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.

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 zdrowotnych lub
- 3) prowadzi do niezrównoważenia wpływów i wydatków 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 uchwał dotyczących planu finansowego Funduszu, sprawozdania finansowego oraz sprawozdań z wykonania planu finansowego.

Art. 171. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może badać decyzje podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Przepis art. 170 ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

Art. 172. 1. W ramach nadzoru nad realizacją ubezpieczenia zdrowotnego minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:

- 1) żądania udostępnienia mu przez Fundusz dokumentów lub ich kopii związanych z działalnością Funduszu oraz zapoznawania się z ich treścią;
- 2) żądania przekazania wszelkich informacji i wyjaśnień, dotyczących działalności Funduszu, od Prezesa i zastępców Prezesa Funduszu, Rady 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. 170 ust. 1 pkt 3, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących wykonywanych czynności na rzecz Funduszu.

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 lub interesu ubezpieczonych minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia Fundusz, świadczeniodawcę, podmiot, o którym mowa w art. 170 ust. 1 pkt 3, o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności powiadamianego podmiotu do zgodności z przepisami prawa, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do zgodności z przepisami 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. 170 ust. 1 pkt 3, lub osoba trzecia, informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.

Art. 173. 1. W razie nieusunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie przez Fundusz minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do:

1) Prezesa Rady Ministrów o odwołanie wszystkich członków Rady Funduszu - jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu działania Rady Funduszu albo Rada Funduszu nie podjęła uchwały o odwołaniu Prezesa lub zastępców Prezesa Funduszu, a nieprawidłowości w działalności Funduszu nie zostały usunięte;

2) Rady Funduszu – o odwołanie Prezesa Funduszu lub zastępców Prezesa Funduszu, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu ich działania;

3) Rady Funduszu – o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego, jeżeli nieprawidłowości dotyczą zakresu jego działania.

2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, w ciągu 30 dni od dnia odwołania:

1) Prezes Rady Ministrów powołuje nowych członków Rady Funduszu na pełną kadencję z zachowaniem wymogów określonych w art. 108 ust. 1, 4 i 5;

2) Rada Funduszu powołuje Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z zachowaniem odpowiednio wymagań określonych w art. 108 ust. 1 pkt 4, art. 109 ust. 2 i art. 110 ust. 2, 3 i 5.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, odpowiednio członkowie Rady Funduszu, Prezes Funduszu, zastępcy Prezesa Funduszu oraz dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, wykonują jedynie czynności niezbędne do zapewnienia ciągłości działania Funduszu.

Art. 174. W przypadku naruszenia prawa, statutu lub interesów ubezpieczonych, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 133 ust. 5 i w art. 172 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na Prezesa Funduszu lub zastępcę Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, odpowiedzialnego za te naruszenia lub nieudzielenie 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 nadzorczych przewidzianych przepisami prawa.

Art. 175. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może żądać pisemnie niezwłocznego rozpatrzenia sprawy przez Radę Funduszu, Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu lub swojego osobistego udziału albo jego pełnomocnika przy rozpatrywaniu danej sprawy, 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 Rady Funduszu lub Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich

Funduszu. 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 Rady Funduszu lub Prezesa Funduszu i zastępców Prezesa Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu 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 Rady Funduszu lub Prezesa Funduszu i zastępców Prezesa Funduszu lub dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu 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 o wystąpieniu z żądaniem zwołania posiedzenia, o którym mowa w ust. 1, oraz podjętych działaniach.

Art. 176. 1. Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 172 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. 173-175 przysługują odpowiednio ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych w szczególności w przypadku:

- 1) działań powodujących niezrównoważenie wpływów z wydatkami Funduszu;
- 2) nieuwzględniania zaleceń, o których mowa w art. 128 ust. 1;
- 3) niezatwierdzenia sprawozdania finansowego Funduszu;
- 4) niezatwierdzenia rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu;
- 5) przekroczenia terminów, o których mowa w rozdziale 2 Działu VI;
- 6) nieprawidłowości w zakresie sprawozdań, o których mowa w art. 137 ust. 1.

Art. 177. W razie nieusunięcia w wyznaczonym terminie przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 170 ust. 1 pkt 3, lub stwierdzonych nieprawidłowości,

minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do wartości miesięcznej umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości.

Art. 178. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 172 ust. 1, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu ubezpieczonych przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 170 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, bezpośrednio po stwierdzeniu tych naruszeń.

Art. 179. W przypadkach określonych w art. 177 i 178 minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem, o którym mowa w art. 170 ust. 1 pkt. 3.

Art. 180. 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 interesem ubezpieczonych;
- 2) świadczeniodawców w zakresie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub interesem ubezpieczonych;
- 3) podmiotów, o których mowa w art. 170 ust. 1 pkt 3, w zakresie wywiązywania się z umowy zawartej z Funduszem.

2. Przy przeprowadzaniu kontroli minister właściwy do spraw zdrowia może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w upoważnieniu do prowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje pracownika ministerstwa obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia uprawnionego do przeprowadzenia kontroli, zwanego dalej „kontrolerem”.

4. Jednostka kontrolowana obowiązana jest do przedkładania kontrolerowi żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.

5. Kontroler nie może być jednocześnie pracownikiem Funduszu, Agencji, właścicielem, pracownikiem lub osobą współpracującą ze świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, członkiem organów lub pracownikiem jednostki będącej organem założycielskim zakładu opieki zdrowotnej, a także członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151).

Art. 181. 1. Wyniki przeprowadzonej kontroli kontroler przedstawia w protokole kontroli.

2. Protokół kontroli zawiera opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli działalności jednostki kontrolowanej, w tym ustalonych nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn powstania, zakresu i skutków tych nieprawidłowości oraz osób za nie odpowiedzialnych.

3. Protokół kontroli podpisują kontroler i kierownik jednostki kontrolowanej, a w razie jego nieobecności, osoba przez niego upoważniona.

Art. 182. 1. Kierownikowi jednostki kontrolowanej lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje prawo zgłoszenia, przed podpisaniem protokołu kontroli, umotywowanych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w protokole.

2. Zastrzeżenia należy zgłosić na piśmie w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

3. W razie zgłoszenia zastrzeżeń, o których mowa w ust. 1, kontroler jest obowiązany dokonać ich analizy i w miarę potrzeby podjąć dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń zmienić lub uzupełnić odpowiednią część protokołu kontroli.

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

Art. 183. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może w terminie 7 dni od dnia otrzymania stanowiska, o którym mowa w art. 182 ust. 4, zgłosić na piśmie umotywowane zastrzeżenia do ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje niezwłocznie zastrzeżenia i doręcza informację o ich rozpatrzeniu, wraz z uzasadnieniem, zgłaszającemu zastrzeżenia.

Art. 184. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając w terminie 7 dni od jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy.

2. W razie zgłoszenia zastrzeżeń termin do złożenia wyjaśnienia o odmowie podpisania protokołu liczy się od dnia otrzymania ostatecznej decyzji w sprawie rozpatrzenia tych zastrzeżeń.

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

4. Odmowa podpisania protokołu kontroli przez osobę wymienioną w ust. 1 nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustaleń kontroli.

Art. 185. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza wystąpienie pokontrolne, które przekazuje kierownikowi jednostki kontrolowanej.

2. Wystąpienie pokontrolne zawiera ocenę kontrolowanej działalności wynikającą z ustaleń opisanych w protokole kontroli, a także zalecenia, mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności kontrolowanego podmiotu do przepisów prawa.

3. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, do poinformowania ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

4. W razie niewykonania zaleceń, o których mowa w ust. 2, przepisy art. 173-178 stosuje się odpowiednio.

Art. 186. 1. Kierownik jednostki kontrolowanej lub osoba przez niego upoważniona, w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego, może odwołać się do ministra właściwego do spraw zdrowia od zawartych w wystąpieniu pokontrolnym ocen, uwag, wniosków i zaleceń.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje odwołanie w ciągu 14 dni od dnia jego otrzymania i zajmuje stanowisko.

3. Stanowisko ministra właściwego do spraw zdrowia jest ostateczne i wraz z uzasadnieniem jest doręczane jednostce kontrolowanej.

Art. 187. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy

sposób, zakres i tryb przeprowadzania kontroli, uwzględniając właściwą realizację celów kontroli oraz zapewnienie jej szybkości i skuteczności.

Art. 188. 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. 170 ust. 2 i 3, art. 171, art. 172 ust. 3, art. 174, art. 177 i art. 178, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.

Art. 189. 1. Do postępowania przed ministrem właściwym do spraw finansów publicznych w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową i planem finansowym Funduszu stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, chyba że ustawa stanowi inaczej.

2. W sprawach, o których mowa w art. 176, minister właściwy do spraw finansów publicznych wydaje decyzje administracyjne.

Art. 190. 1. Kary pieniężne, o których mowa w art. 174, 177, 178, 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. 191. Od decyzji administracyjnych, o których mowa w niniejszym dziale, przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 192. Minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia organ tworzący zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, o stwierdzonych nieprawidłowościach u świadczeniodawcy oraz wydanych decyzjach mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności podmiotu, którego dotyczy decyzja, do przepisów prawa.

Art. 193. Osoby wykonujące w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia lub ministra właściwego do spraw finansów publicznych czynności nadzoru i kontroli 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 umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) być członkami organów lub pracownikami podmiotów, o których mowa w art. 170 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. 194. 1. Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 kwietnia roku następnego, zaopiniowane przez Radę Funduszu, sprawozdanie z działalności Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia corocznie Sejmowi, nie później niż do końca lipca roku następnego, sprawozdanie z działalności Funduszu po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

DZIAŁ IX

Przetwarzanie i ochrona danych

Art. 195. 1. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu:

- 1) stwierdzenia istnienia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;
- 3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;
- 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
- 5) rozliczenia ze świadczeniodawcami;

6) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Funduszu;

7) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;

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

2. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w celu:

1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej;

2) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;

3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;

4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;

5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

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

1) osób ubezpieczonych w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-8;

2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji w celu określonym w ust. 2 pkt 2 i 3.

4. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1-3, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz mają prawo do przetwarzania następujących danych:

1) nazwisko i imię (imiona);

2) nazwisko rodowe;

3) data urodzenia;

4) płeć;

5) obywatelstwo;

6) narodowość;

7) stan cywilny;

8) numer PESEL;

9) numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer;

10) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;

11) adres zamieszkania;

- 12) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;
- 13) numer ubezpieczenia;
- 14) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;
- 15) stopień niepełnosprawności - w przypadku członka rodziny;
- 16) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 39 ust. 1 i art. 40 ust. 1, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń zdrowotnych lub produktów leczniczych niż wynikające z ustawy;
- 17) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 13 ust. 1;
- 18) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 19) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

5. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych.

6. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby spośród wymienionych w art. 74 ust. 1 pkt 2-9, wobec których z uwagi na konieczność zapewnienia form i metod realizacji zadań stanowiących tajemnicę państwową stosuje się odrębny tryb przetwarzania danych, o których mowa w ust. 4. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.

Art. 196. 1. Apteki są obowiązane udostępniać do kontroli na żądanie podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych do wglądu recepty i przekazywać niezbędne dane, o których mowa w art. 197 ust. 2.

2. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych, o których mowa w art. 197 ust. 1.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb udostępniania podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, do kontroli recept zrealizowanych przez świadczeniobiorców i związanych z tym informacji, uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

Art. 197. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez apteki i sposób ich rejestrowania oraz zakres informacji i sposób ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, wojewodów i marszałków województw, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Funduszu oraz zakres sprawozdań okresowych i sposób ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a także minimalny zakres zbiorczych informacji i sposób ich przekazywania wojewodom i sejmikom województw, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.

4. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych i minister właściwy do spraw zdrowia są obowiązani do przekazywania Funduszowi danych ewidencyjnych zawierających numer PESEL, imię i nazwisko osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 2 – 10, 12 i 13, oraz członków ich rodzin.

Art. 198. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia gromadzi i przetwarza dane z ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z ustawy.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia oraz gmina są uprawnieni do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych świadczenioborców 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 świadczenioborców, innych niż ubezpieczeni na świadczenia opieki zdrowotnej, leki, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

3. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia oraz gmina mają prawo przetwarzania następujących danych:

- 1) nazwisko i imię;
- 2) numer PESEL;
- 3) numer NIP - w przypadku osób, którym nadano ten numer;
- 4) seria i numer dowodu osobistego lub paszportu - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
- 5) dane dotyczące rodzaju i zakresu udzielonych świadczenioborcom innym niż ubezpieczeni świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 197 ust. 1.

4. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych oraz minister właściwy do spraw zdrowia są uprawnieni do uzyskiwania informacji niezbędnych do realizacji zadań wynikających z ustawy.

Art. 199. Fundusz na żądanie ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ich kosztach.

DZIAŁ X

Przepisy karne

Art. 200. 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;
- 2) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego;
- 3) nie odprowadza w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 4) pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- 5) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 6) będąc ubezpieczonym dobrowolnie nie zgłasza do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6;
 - 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. 201. Odpowiedzialności przewidzianej w art. 200 podlega także ten, kto dopuszcza się czynów określonych w tych przepisach, działając w imieniu osoby prawnej.

Art. 202. Orzekanie w sprawach, o których mowa w art. 200, następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

DZIAŁ XI

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 203. W ustawie z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 205, z późn. zm.¹³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 56a i 56b otrzymują brzmienie:

„Art. 56a. Poborowi pełniący służbę w formacjach uzbrojonych nie wchodzących w skład Sił Zbrojnych podporządkowanych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Art. 56b. 1. Poborowi, o których mowa w art. 56a, na zasadach określonych w ustawie z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- 3) lekarza dentysty;

4) szpitala

- w miejscu pełnienia służby spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będących jednostkami budżetowymi tworzonymi i nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej albo zakładami opieki zdrowotnej utworzonymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

2. W przypadku gdy poborowi, o których mowa w ust. 1, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w ust. 1, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Koszty częściowej lub całkowitej odpłatności za leki wydawane poborowym, o których mowa w art. 56a, na zasadach i zakresie określonym w ustawie z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

4. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów leków, o których mowa w ust. 3, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.”;

2) art. 69 i art. 69a otrzymują brzmienie:

„Art. 69. Żołnierze odbywający zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe i ćwiczenia wojskowe oraz pełniący służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 69a. Żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

3) po art. 69a dodaje się art. 69b w brzmieniu:

¹³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 81, poz. 732, Nr 113, poz. 984 i 985, Nr 156, poz. 1301, Nr 166, poz. 1363, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679 i 1683.

„Art. 69b. 1. Żołnierze, o których mowa w art. 69, na zasadach określonych w ustawie z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- 3) lekarza dentystry;
- 4) szpitala
 - w miejscu pełnienia służby spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będących zakładami opieki zdrowotnej utworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej.

2. W przypadku gdy żołnierze, o których mowa w ust. 1, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w ust. 1, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, kandydatom na żołnierzy zawodowych oraz pełniącym służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w produkty lecznicze i wyroby medyczne inne niż oznaczone znakiem „Rp”, finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej.

4. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC i wyrobów medycznych wydawanych bezpłatnie, o których mowa w ust. 3, oraz sposób i tryb finansowania ponoszonych kosztów, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.”.

Art. 204. W ustawie z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 87 i Nr 181, poz. 1515 oraz z 2003 r. Nr 56, poz. 498 i Nr 210, poz. 2036) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) uchyla się art. 13;
- 2) po art. 13 dodaje się art. 13a w brzmieniu:
 - „Art. 13a. 1. Inwalidom wojennym przysługuje zasiłek lekowy.
 2. Zasiłek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje w wysokości 1728 złotych rocznie.

3. Zasiłek, o którym mowa w ust. 1, wypłacają corocznie nie później niż do dnia 15 kwietnia właściwe organy emerytalne lub rentowe przy zastosowaniu odpowiednich przepisów dotyczących zaopatrzenia emerytalnego i rentowego.

4. Środki finansowe na wypłatę zasiłku lekowego określa się corocznie w ustawie budżetowej na dany rok. ”;

3) art. 28 otrzymuje brzmienie:

„Art. 28. Osobie pobierającej rentę rodzinną przysługuje prawo do bezpłatnych świadczeń leczniczych, przedmiotów ortopedycznych, protez, środków pomocniczych i środków opatrunkowych oraz do świadczeń położniczych w zakresie i na warunkach określonych w art. 41 ustawy z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

4) po art. 28 dodaje się art. 28a w brzmieniu:

„Art. 28a. Do małżonków pozostających na wyłącznym utrzymaniu inwalidów wojennych oraz uprawnionych do renty rodzinnej wdów i wdowców po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych przepisy art. 13a stosuje się odpowiednio.”.

Art. 205. W ustawie z dnia 31 lipca 1981 r. o wynagrodzeniu osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe (Dz. U. Nr 20, poz. 101, z późn. zm.¹⁴⁾) w art. 5a w ust. 2 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia” zastępuje się wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Art. 206. W ustawie z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2002 r. Nr 171, poz. 1399, z późn. zm.¹⁵⁾) w art. 153 po ust. 7 dodaje ust. 7a i 7b w brzmieniu:

„7a. Funkcjonariusz w służbie kandydackiej, na zasadach określonych w ustawie z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...) ma prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- 3) lekarza dentystry;

¹⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1982 r. Nr 31, poz. 214, z 1985 r. Nr 22, poz. 98 i Nr 50, poz. 262, z 1987 r. Nr 21, poz. 123, z 1989 r. Nr 34, poz. 178, z 1991 r. Nr 100, poz. 443, z 1993 r. Nr 1, poz. 1, z 1995 r. Nr 34, poz. 163 i Nr 142, poz. 701, z 1996 r. Nr 73, poz. 350, Nr 89, poz. 402, Nr 106, poz. 496 i Nr 139, poz. 647, z 1997 r. Nr 75, poz. 469 i Nr 133, poz. 883, z 1998 r. Nr 155, poz. 1016 i Nr 160, poz. 1065, z 1999 r. Nr 110, poz. 1255, z 2000 r. Nr 6, poz. 69 i Nr 48, poz. 552, z 2001 r. Nr 154, poz. 1784 i 1800 oraz z 2002 r. Nr 214, poz. 1805 i Nr 240, poz. 2052.

¹⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 113, poz. 1070, Nr 128, poz. 1175, Nr 137, poz. 1302 i Nr 166, poz. 1609 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257.

4) szpitala

- spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mających siedzibę w terytorialnym zasięgu działania jednostki organizacyjnej Straży Granicznej.

7b. W przypadku gdy funkcjonariusze, o których mowa w ust. 7a, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w tym przepisie, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”.

Art. 207. W ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.¹⁶⁾) w art. 36 wprowadza się następujące zmiany:

1) w ust. 1 uchyla się pkt 9;

2) uchyla się ust. 1a.

Art. 208. W ustawie z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371 i Nr 181, poz. 1515, z 2003 r. Nr 72, poz. 658 oraz z 2004 r. Nr 46, poz. 444) po art. 19 dodaje się art. 19a w brzmieniu:

„Art. 19a. 1. Osobom represjonowanym, o których mowa w art. 12 ust. 2 pkt 1, przysługuje zasiłek lekowy, jeżeli nie korzysta z zasiłku lekowego na podstawie innych przepisów.

2. Zasiłek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje w wysokości 1728 złotych rocznie.

3. Zasiłek, o którym mowa w ust. 1, wypłacają corocznie do dnia 15 kwietnia właściwe organy emerytalne lub rentowe na zasadach określonych odrębnymi przepisami, a w przypadku gdy osoba represjonowana nie nabyła uprawnień emerytalnych lub rentowych - Kierownik Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych – w trybie określonym w art. 19 ust. 4 i 5.

4. Środki finansowe na wypłatę zasiłku lekowego określa się corocznie w ustawie budżetowej na dany rok.”.

Art. 209. W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.¹⁷⁾) wprowadza się następujące zmiany:

¹⁶⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 117, poz. 756, z 1999 r. Nr 60, poz. 636, z 2000 r. Nr 45, poz. 531, z 2001 r. Nr 73, poz. 764, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 228, poz. 2255 i Nr 229, poz. 2273.

1) w art. 21 w ust. 1 dodaje się pkt 119 w brzmieniu:

„119) zasiłek lekowy wypłacany na podstawie:

- a) art. 13a i art. 28a ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 87 i Nr 181, poz. 1515 oraz z 2003 r. Nr 56, poz. 498 i Nr 210, poz. 2036),
- b) art. 19a ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371 i Nr 181, poz. 1515, z 2003 r. Nr 72, poz. 658 oraz z 2004 r. Nr 46, poz. 444),”;

2) w art. 23 w ust. 1 w pkt 58, w art. 27b w ust. 1 w pkt 1 i 2, w art. 32 w ust. 3b, w art. 33 w ust. 3a, w art. 34 w ust. 4a i ust. 9 w zdaniu końcowym, w art. 35 w ust. 9, w art. 37 w ust. 1a w pkt 4, w art. 41 w ust. 1a, w art. 43 w ust. 4 i art. 44 w ust. 3c i 6i wyrazy „o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia” zastępuje się wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”;

3) w art. 27b w ust. 1 we wprowadzeniu do wyliczenia skreśla się wyraz „powszechne”;

4) w art. 37 w ust. 1a w pkt 5 i w art. 44 w ust. 7g w pkt 4 wyrazy „powszechne ubezpieczenie zdrowotne” zastępuje się wyrazami „ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 210. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.¹⁸⁾) wprowadzą się następujące zmiany:

1) w art. 21 dodaje się ust. 3 –13 w brzmieniu:

„3. Jeżeli szpital nie może przyjąć pacjenta w dniu zgłoszenia, a jego stan zdrowia nie wymaga niezwłocznego udzielenia świadczenia zdrowotnego, szpital

¹⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 22, poz. 270, Nr 60, poz. 703, Nr 70, poz. 816, Nr 104, poz. 1104, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 4, poz. 27, Nr 8, poz. 64, Nr 52, poz. 539, Nr 73, poz. 764, Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 89, poz. 968, Nr 102, poz. 1117, Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190, Nr 125, poz. 1363 i 1370 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 19, poz. 199, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 78, poz. 715, Nr 89, poz. 804, Nr 135, poz. 1146, Nr 141, poz. 1182, Nr 169, poz. 1384, Nr 181, poz. 1515, Nr 200, poz. 1679 i Nr 240, poz. 2058, z 2003 r. Nr 7, poz. 79, Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 595, Nr 84, poz. 774, Nr 90, poz. 844, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302, Nr 166, poz. 1608, Nr 202, poz. 1956, Nr 222, poz. 2201, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 29, poz. 257, Nr 54, poz. 535, Nr 93, poz. 894 i Nr 99, poz. 1001.

¹⁸⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935 oraz z 2000 r. Nr 3, poz. 28 i Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 124, poz. 1151, 1152 i Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215.

ustala termin przyjęcia pacjenta przy zastosowaniu kryteriów, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1.

4. Kolejność przyjęć pacjentów jest ustalana w listach oczekujących prowadzonych według specjalności dla świadczeń zdrowotnych wymagających oczekiwania, zawierających co najmniej:

- 1) numer kolejny;
- 2) datę i godzinę wpisu;
- 3) imię i nazwisko pacjenta;
- 4) numer PESEL, a w przypadku jego braku numer dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta;
- 5) rozpoznanie lub powód przyjęcia;
- 6) adres pacjenta,
- 7) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem lub jego opiekunem;
- 8) wyznaczony termin udzielenia świadczenia;
- 9) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu.

5. Kierownik zakładu wyznacza osoby odpowiedzialne za ustalanie kolejności przyjęć i prawidłowe prowadzenie poszczególnych list oczekujących.

6. Listy oczekujących, o których mowa w ust. 4, stanowią integralną część dokumentacji medycznej.

7. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie kolejności wynikającej z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób określony w ust. 4 pkt 7 o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie.

8. Listy oczekujących podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie zespołu oceny przyjęć powołanego przez kierownika szpitala.

9. W skład zespołu oceny przyjęć wchodzi:

- 1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej;
- 2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej;
- 3) pielęgniarka naczelna lub inna pielęgniarka wyznaczona przez kierownika szpitala;
- 4) psycholog kliniczny, o ile jest zatrudniony w szpitalu.

10. Kierownik szpitala wyznacza przewodniczącego zespołu i jego zastępcę, spośród osób, o których mowa w ust. 9, a także określa zadania i tryb pracy.

11. Do zadań zespołu, o którym mowa w ust. 8, należy:

1) przeprowadzanie oceny list oczekujących pod względem:

- a) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
- b) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
- c) zasadności i przyczyn odsunięcia w czasie udzielenia świadczenia,
- d) przyjętych procedur planowanych przyjęć,
- e) sposobów i form powiadamiania pacjentów o czasie oczekiwania oraz zmianach wyznaczonych terminów przyjęć;

2) wydawanie opinii w sprawie zwolnienia świadczeniobiorcy z częściowej odpłatności za udzielone świadczenie rekomendowane, o której mowa w art. 60 ust. 2 ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

12. Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go kierownikowi zakładu.

13. Jeżeli w szpitalu działa zespół zarządzania jakością, wykonuje on zadania, o których mowa w ust. 11 i 12.”;

2) w art. 50a ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

1) świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej dla:

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

2) podstawowych świadczeń lekarza dentysty dla żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, kandydatów na żołnierzy zawodowych, żołnierzy odbywających nadterminową służbę wojskową oraz pełniącym służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny.”;

3) art. 54 otrzymuje brzmienie:

„Art. 54. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

- 1) z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej;

- 2) na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na podstawie umowy i w zakresie w niej określonym;
- 3) z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż wymieniona w pkt 1 i 2, jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności;
- 4) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego, z zastrzeżeniem art. 42.

2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, mogą być finansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, podmiotu, który utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów, uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów.

3. Do warunków i trybu przekazywania środków publicznych, o których mowa w ust. 2, przez dysponentów tych środków nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych.

4. Zasady realizacji i finansowania programów zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2, określają przepisy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki przekazywania samodzielny publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 2, a także sposób rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania, z uwzględnieniem sporządzania przez zakład planu rzeczowo-finansowego zadania, rodzaju wydatków, jakie mogą być finansowane, oraz istotnych elementów umowy o realizację zadania.”.

Art. 211. W ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654, z późn. zm.¹⁹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 16 w ust. 1 w pkt 9 uchyla się lit.c;

¹⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 60, poz. 700 i 703, Nr 86, poz. 958, Nr 103, poz. 1100, Nr 117, poz. 1228 i Nr 122, poz. 1315 i 1324, z 2001 r. Nr 106, poz. 1150, Nr 110, poz. 1190 i Nr 125, poz. 1363, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 93, poz. 820, Nr 141, poz. 1179, Nr 169, poz. 1384, Nr 199, poz. 1672, Nr 200, poz. 1684 i Nr 230, poz. 1922, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 96, poz. 874, Nr 137, poz. 1302, Nr 180, poz. 1759, Nr 202, poz. 1957, Nr 217, poz. 2124 i Nr 223, poz. 2218 oraz z 2004 r. Nr 6, poz. 39 i Nr 29, poz. 257.

2) w art. 25 w ust. 14 w pkt 4 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia” zastępuje się wyrazami „ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 212. W ustawie z dnia 9 maja 1996 r. o wykonywaniu mandatu posła i senatora (Dz. U. Nr 73, poz. 350, z późn. zm.²⁰⁾) w art. 36 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia” zastępuje się wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Art. 213. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266, Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845) w art. 45:

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

„1a. Lekarz może również wystawiać recepty na leki osobom, o których mowa w art. 31 oraz art. 38-40 ustawy z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...) na zasadach określonych w tej ustawie.”;

2) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

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

1) sposób i tryb wystawiania recept lekarskich;

2) wzory recept uprawniających do nabycia leku lub wyrobu medycznego, a w szczególności wzór recepty wystawianej dla osób, o których mowa w art. 42 ust. 1, oraz wydawanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością, sposób zaopatrywania w druki recept, ich przechowywania, sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji, uwzględniając konieczność prawidłowej realizacji zadań kontrolnych - uwzględniając odpowiednie przepisy ustawy, o której mowa w ust. 1a.”.

Art. 214. W ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy w art. 115 po § 1 dodaje się § 1a w brzmieniu:

²⁰⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. Nr 137, poz. 638, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 98, poz. 604, Nr 106, poz. 679, Nr 121, poz. 770 i Nr 160, poz. 1080, z 1998 r. Nr 162, poz. 1118, z 1999 r. Nr 52, poz. 527 i 528, z 2000 r. Nr 6, poz. 69, z 2001 r. Nr 94, poz. 1032 i Nr 138, poz. 1567, z 2002 r. Nr 27, poz. 266 i Nr 199, poz. 1673 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 137, poz. 1301.

„§ 1a. Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentysty oraz szpitala, określone w ustawie z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 215. W ustawie z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2004 r. Nr 3, poz. 20) w art. 7a w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) korzystania raz w roku z leczenia uzdrowiskowego oraz zwolnienia z odpłatności związanej z leczeniem uzdrowiskowym, o której mowa w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 216. W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.²¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 46 w ust. 4 uchyla się pkt 5;

2) w art. 76 w ust. 1 w pkt 2 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) ubezpieczenie zdrowotne od Narodowego Funduszu Zdrowia.”.

Art. 217. W ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. Nr 144, poz. 930, z późn. zm.²²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 13 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych w pierwszej kolejności ulega obniżeniu o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaconej przez podatnika, o której mowa w art. 27b ust. 1 ustawy o podatku dochodowym, zapłaconej w roku podatkowym zgodnie z przepisami o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o ile nie została odliczona od podatku dochodowego.”;

²¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 8, poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459, Nr 72, poz. 748, Nr 100, poz. 1080, Nr 110, poz. 1189, Nr 111, poz. 1194, Nr 130, poz. 1452 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365, Nr 74, poz. 676, Nr 155, poz. 1287, Nr 169, poz. 1387, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679 i Nr 241, poz. 2074, z 2003 r. Nr 56, poz. 498, Nr 65, poz. 595, Nr 135, poz. 1268, Nr 149, poz. 1450, Nr 166, poz. 1609, Nr 170, poz. 1651, Nr 190, poz. 1864, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177.

²²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2000 r. Nr 104, poz. 1104 i Nr 122, poz. 1324, z 2001 r. Nr 74, poz. 784, Nr 88, poz. 961, Nr 125, poz. 1363 i 1369 i Nr 134, poz. 1509, z 2002 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 169, poz. 1384, Nr 172, poz. 1412 i Nr 200, poz. 1679 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 96, poz. 874, Nr 135, poz. 1268, Nr 137, poz. 1302 i Nr 202, poz. 1958.

2) w art. 21 w ust. 11 w pkt 4 wyrazy „powszechne ubezpieczenie zdrowotne” zastępuje się wyrazami „ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia”;

3) w art. 21 w ust. 2a w pkt 2, w art. 31 w ust. 2, 4 i 5, w art. 44 w ust. 2, w art. 47 i w art. 52 w ust. 3 w pkt 4 wyrazy „powszechne ubezpieczenie” zastępuje się wyrazami „ubezpieczenie zdrowotne”;

4) w art. 31 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Podatek dochodowy w formie karty podatkowej, wynikający z decyzji, o której mowa w art. 30, podatnik obniża o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne opłaconej w roku podatkowym, zgodnie z przepisami o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o ile nie została odliczona od podatku dochodowego. Zasadę tę stosuje się również do podatników, o których mowa w art. 25 ust. 5.”;

5) w art. 44:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Ryczałt ulega obniżeniu o kwotę składki na ubezpieczenie zdrowotne, opłaconej zgodnie z przepisami o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bezpośrednio przez osobę duchowną w kwartale, za jaki uiszczony jest ryczałt, o ile składka ta nie została odliczona od podatku dochodowego.”;

b) w ust. 4 wyrazy „składki na ubezpieczenie zdrowotne” zastępuje się wyrazami „składki na ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia”.

Art. 218. W ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148, z późn. zm.²³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 80:

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

„2b. Przepis ust. 2 nie dotyczy programów zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr....., poz.....).”;

b) w ust. 3 w pkt 6 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) ochrony zdrowia.”;

2) po art. 137 dodaje się art. 137a w brzmieniu:

²³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. Nr 45, poz. 391, Nr 65, poz. 594, Nr 96, poz. 874, Nr 166, poz. 1611 i Nr 189, poz. 1851.

„Art. 137a. Przepisy niniejszego rozdziału dotyczące funduszu celowego stosuje się odpowiednio do Narodowego Funduszu Zdrowia.”.

Art. 219. W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. Nr 162, poz. 1117) w art. 9 w ust. 1 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) odpłatność za świadczenia alternatywne oraz odpłatność za świadczenia opieki zdrowotnej inne niż świadczenia gwarantowane i alternatywne w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielone osobom, o których mowa w art. 6, w związku z urazami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami kraju, są ponoszone z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej oraz sposób i tryb finansowania kosztów, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.”.

Art. 220. W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, Nr 64, poz. 593 i Nr 99, poz. 1001) w art. 121 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W sprawach świadczeń przewidzianych w ustawie osoby zainteresowane i organy rentowe są zwolnione od wszelkich opłat, z wyłączeniem opłat ponoszonych na podstawie art. 16 ust. 4 ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 221. W ustawie z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050, z 2002 r. Nr 144, poz. 1204, z 2003 r. Nr 137, poz. 1302 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959) wprowadza się następujące zmiany:

1) użyte w art. 5, art. 6 oraz w art. 7 ust. 2-5, w różnej liczbie i przypadku, wyrazy „środki farmaceutyczne” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i przypadku wyrazami „produkty lecznicze”;

2) użyte w art. 5, art. 6 oraz w art. 7 ust. 2-5, w różnej liczbie i przypadku, wyrazy „materiały medyczne” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i przypadku wyrazami „wyroby medyczne”;

3) w art. 5 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz produktów leczniczych i wyrobów medycznych nieobjętych wykazami, o których mowa w ust. 1,

jeżeli są stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym i finansowane w całości ze środków publicznych, uwzględniając w szczególności:

- 1) istotny udział kosztów danego środka farmaceutycznego i materiału medycznego w wydatkach ponoszonych przez zakłady lecznictwa zamkniętego na farmakoterapię, diagnostykę lub pielęgnację chorych,
- 2) istotne znaczenie dla prowadzonej terapii.”;

4) w art. 7:

a) w ust. 2 wyrazy „trzej przedstawiciele kas chorych” zastępuje się wyrazami „trzej przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Do zadań Zespołu należy przygotowywanie i przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stanowisk w zakresie ustalania wykazów oraz cen urzędowych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, z uwzględnieniem następujących kryteriów:

- 1) poziomu cen w krajach o zbliżonej wysokości dochodu narodowego na jednego mieszkańca,
- 2) konkurencyjności cenowej,
- 3) wpływu leku na bezpośrednie koszty leczenia,
- 4) wielkości realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku lub informacji i deklarowanych w okresie późniejszym,
- 5) kosztów produkcji,
- 6) udowodnionej skuteczności leku,
- 7) znaczenia leku w zwalczaniu chorób o znacznym zagrożeniu epidemiologicznym i cywilizacyjnym,
- 8) marża hurtowa liczona przez przedsiębiorcę prowadzącego obrót hurtowy od ceny urzędowej hurtowej wynosi 8,91%, przy czym w przypadku gdy stopy procentowe ustalone przez Radę Polityki Pieniężnej ulegną obniżeniu o więcej niż 30% w stosunku do ich wysokości obowiązującej w dniu wejścia w życie ustawy, marża ta powinna ulec obniżeniu co najmniej o 10%,
- 9) marża detaliczna liczona przez przedsiębiorcę prowadzącego obrót apteczny wynosi:

| | |
|------------------------|---|
| Cena hurtowa w złotych | Marża detaliczna liczona od ceny hurtowej |
| 0-3,60 | 40% |

| | |
|----------------|-----------|
| | |
| 3,61-4,80 | 1,44 zł |
| 4,81-6,50 | 30% |
| 6,51-9,75 | 1,95 zł |
| 9,76-14,00 | 20% |
| 14,01-15,55 | 2,80 zł |
| 15,56-30,00 | 18% |
| 30,01-33,75 | 5,40 zł |
| 33,76-50,00 | 16% |
| 50,01-66,67 | 8,00 zł |
| 66,68-100,00 | 12% |
| 66,68-100,00 | 12% |
| powyżej 100,00 | 12,00 zł, |
| powyżej 100,00 | 12,00 zł, |

przy czym w przypadku gdy średnia marża detaliczna realizowana przez obrót apteczny w obrocie środkami farmaceutycznymi i materiałami medycznymi, o których mowa w art. 5 ust. 1, ulegnie obniżeniu więcej niż o 3 punkty procentowe, dopuszcza się podwyższenie tych wysokości do poziomu zapewniającego realizację średniej marży z dnia wejścia ustawy w życie.”,

c) w ust. 8 w pkt 4 wyrazy „przedstawiciele kas chorych” zastępuje się wyrazami „przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia”.

Art. 222. W ustawie z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207, Nr 154, poz. 1801, z 2002 r. Nr 241, poz. 2073, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1152) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) stanie nagłym – należy przez to rozumieć stan, w którym odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą zdrowia albo utratą życia,”;

2) użyte w art. 3 pkt 2 – 4, art. 4 pkt 5, art. 5, art. 18, art. 20 ust. 1 pkt 1 i ust. 3, art. 27 ust. 2 pkt 1, art. 29 i art. 34 ust. 10, w różnej liczbie i przypadku wyrazy „nagle zagrożenie życia lub zdrowia” zastępuje się użytymi w odpowiedniej liczbie i przypadku wyrazami „stan nagły”;

3) w art. 15 w ust. 1 uchyla się pkt 2 i 3;

4) w art. 22:

a) uchyla się ust. 1,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Powiatowy i wojewódzki plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych stanowią dokumenty, ustalające sposoby kierowania oraz zasady współdziałania, a także procedury podejmowania działań zmierzających do ograniczenia czynników wywołujących stany nagłe oraz do ograniczenia następstw tych stanów.”,

c) w ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) rozmieszczenie w terenie jednostek systemu, które zawarły umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ratownictwa medycznego z Narodowym Funduszem Zdrowia.”,

d) uchyla się ust. 4 – 7.

Art. 223. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126, poz. 1381, z późn. zm.²⁴⁾) w art. 4 w ust. 7 w pkt 2 lit. c otrzymuje brzmienie:

„c) sposób potwierdzania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia okoliczności, o których mowa w art. 32 ust. 4 ustawy z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...),”.

²⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1181 i Nr 152, poz. 1265 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 189, poz. 1852.

Art. 223. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 199, poz. 1938) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) osoba ubezpieczona - osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie ustawy z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...),”

b) pkt 23 otrzymuje brzmienie:

„23) świadczeniodawca - świadczeniodawcę w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,”;

2) w art. 6 w ust. 7, w art. 16 w ust. 2, w art. 18 w ust. 5, w art. 19 w ust. 4, w art. 29 w ust. 1 i w art. 31 w ust. 3 wyrazy „powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia” zastępuje się wyrazami „o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Art. 224. W ustawie z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199, poz. 1673 i Nr 241, poz. 2074 oraz z 2003 r. Nr 83, poz. 760 i Nr 223, poz. 2217) art. 23 otrzymuje brzmienie:

„Art. 23. 1. Ze środków funduszu wypadkowego są pokrywane koszty skutków wypadków przy pracy lub chorób zawodowych, związane ze świadczeniami zdrowotnymi z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych, na które ubezpieczony został skierowany przez lekarza orzecznika na wniosek lekarza prowadzącego, nierefundowanych na podstawie odrębnych przepisów.

2. Ze środków Funduszu wypadkowego są pokrywane koszty przedmiotów ortopedycznych w wysokości udziału własnego ubezpieczonego określonego w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 225. W ustawie z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach (Dz. U. Nr 199, poz. 1674 oraz z 2003 r. Nr 83, poz. 760, Nr 96, poz. 874 i Nr 122, poz. 1143) w art. 3 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osobom, które stały się niezdolne do pracy wskutek wypadku w szczególnych okolicznościach, o których mowa w art. 2 ust. 1, przysługuje:

- 1) renta z tytułu niezdolności do pracy;
- 2) jednorazowe odszkodowanie;
- 3) świadczenia opieki zdrowotnej określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie niezbędnym do leczenia następstw wypadku lub choroby zawodowej, pod warunkiem że osoby te nie są objęte ubezpieczeniem zdrowotnym.”.

Art. 226. W ustawie z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073 oraz z 2003 r. Nr 99, poz. 920) art. 5 otrzymuje brzmienie:

„Art. 5. 1. Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach usług ratownictwa medycznego świadczeniobiorcom w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określają te przepisy.

2. Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz przez zespoły ratownictwa medycznego, włączonych do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i zespole ratownictwa medycznego, uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ciągłej gotowości tych jednostek do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz rodzaj udzielanych świadczeń.

4. Jednostki lotniczego pogotowia ratunkowego są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

5. Finansowanie, o którym mowa w ust. 4, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a jednostką lotniczego pogotowia ratunkowego.

6. Do umowy, o której mowa w ust. 5, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.”.

Art. 227. W ustawie z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe i naprawcze (Dz. U. Nr 60, poz. 535 i Nr 217, poz. 2125) w art. 157 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Syndyk, nadzorca sądowy, zarządca będący osobą fizyczną jest osobą prowadzącą pozarolniczą działalność w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń

społecznych oraz o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 228. W ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873) w art. 46 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wolontariuszowi mogą przysługiwać świadczenia zdrowotne na zasadach przewidzianych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 229. W ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz. U. Nr 124, poz. 1153 i Nr 170, poz. 1651) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 1 otrzymuje brzmienie:

„Art. 1. Ustawa określa organizację nadzoru ubezpieczeniowego i emerytalnego oraz zasady działania Rzecznika Ubezpieczonych, a także zadania Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych w zakresie realizacji zadań związanych ze świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi ze środków publicznych.”;

2) w art. 4 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Przepisy ust. 1 i 2 nie dotyczą realizacji zadań Komisji związanych ze świadczeniami opieki zdrowotnej finansowanymi ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.”;

3) w art. 8 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Zadaniem Komisji jest ustalanie wartości gwarantowanych i alternatywnych świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zakres współpracy Komisji w zakresie realizacji tego zadania z ministrem właściwym do spraw zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych określa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.”;

4) w art. 9:

a) w ust. 1 w pkt 2 dodaje się lit. c w brzmieniu:

„c) ministra właściwego do spraw zdrowia,”

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

„3. W posiedzeniu Komisji dotyczącym realizacji zadania, o którym mowa w art. 8 ust. 3, z głosem doradczym, uczestniczy przedstawiciel Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych.

4. Nadzór nad działalnością Urzędu Komisji w zakresie zadania, o którym mowa w art. 8 ust. 3, sprawuje zastępca Przewodniczącego Komisji, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 lit. c.”;

5) w art. 11:

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

„2a. Uchwały w sprawie określenia wartości danego świadczenia gwarantowanego albo alternatywnego podpisuje w imieniu Komisji Zastępca Przewodniczącego Komisji – przedstawiciel wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

2b. Uchwały, o których mowa w ust. 2a, podejmowane są na podstawie projektów opracowanych przez pracowników Urzędu, uwzględniających skuteczność i bezpieczeństwo stosowania danego świadczenia opieki zdrowotnej do jego efektywności kosztowej oraz przewidywane rzeczywiste koszty związane z udzieleniem takiego świadczenia.

2c. W celu ustalenia przewidywanych rzeczywistych kosztów, o których mowa w ust. 2b, Komisja może zlecić, przed podjęciem uchwały, o której mowa w ust. 2a, ekspertyzę opartą na udzieleniu danego świadczenia w nie mniej niż 5, wybranych losowo zakładach opieki zdrowotnej.”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Komisja podejmuje uchwały zwykłą większością głosów w obecności co najmniej czterech osób wchodzących w skład Komisji. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Komisji.”,

c) dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych określą, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób sporządzania ekspertyz i udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 2c, a także szczegółowe kryteria oceny poszczególnych grup świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia obiektywnej oceny świadczeń oraz kosztów ich udzielenia.”;

6) po art. 14 dodaje się art. 14a w brzmieniu:

„14a. Realizacja zadania Komisji, o którym mowa w art. 8 ust. 3, finansowana jest przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.”;

7) po art. 15 dodaje się art. 15a w brzmieniu:

„Art. 15a. Osoby wchodzące w skład Komisji oraz pracownicy Urzędu nie mogą być jednocześnie pracownikami Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawcami, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, pracownikami Agencji Oceny Technologii Medycznych, właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej, a także członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151).”.

Art. 230. W ustawie z dnia 13 czerwca 2003 r. o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. Nr 128, poz. 1176) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 67 otrzymuje brzmienie:

„Art. 67. 1. Cudzoziemcowi, o którym mowa w art. 56 ust. 1, 2 i 5, udziela się opieki medycznej w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ... poz).

2. Udzielanie cudzoziemcowi opieki medycznej następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy Prezesem Urzędu a świadczeniodawcą w rozumieniu przepisów ustawy, o której mowa w ust. 1.

3. Koszty opieki medycznej, o której mowa w ust. 1, z wyłączeniem kosztów określonych w przepisach ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz. U. Nr 126, poz. 1384 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391), są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, ze środków będących w dyspozycji Prezesa Urzędu.”;

2) art. 112 otrzymuje brzmienie:

„Art. 112. 1. Cudzoziemcowi korzystającemu z ochrony czasowej Prezes Urzędu zapewnia opiekę medyczną oraz przyznaje pomoc przez zakwaterowanie i żywienie, z zastrzeżeniem ust. 4.

2. Udzielanie cudzoziemcowi opieki medycznej następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy Prezesem Urzędu a świadczeniodawcą w rozumieniu

ustawy z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Koszty opieki medycznej, o której mowa w ust. 1, z wyłączeniem kosztów określonych w przepisach ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw wewnętrznych ze środków będących w dyspozycji Prezesa Urzędu.

4. Cudzoziemcowi korzystającemu z ochrony czasowej, który wykonuje pracę lub wykonuje działalność gospodarczą, Prezes Urzędu zapewnia opiekę medyczną i pomoc, o której mowa w ust. 1, uwzględniając wysokość uzyskiwanego przez cudzoziemca dochodu.”.

Art. 231. W ustawie z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. Nr 179, poz. 1750) w art. 67 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Żołnierze zawodowi są objęci obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego i korzystają ze świadczeń na zasadach określonych w ustawie z dnia ... o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”.

DZIAŁ XII

Przepisy przejściowe, dostosowawcze i przepisy końcowe

Art. 232. Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o:

1) ustawie:

- a) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- b) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
- rozumie się przez to niniejszą ustawę;

2) przepisach:

- a) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia,
- b) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym
- rozumie się przez to niniejszą ustawę oraz przepisy wydane na jej podstawie.

Art. 233. Ubezpieczeni na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z

późn. zm.²⁵⁾) stają się, z dniem wejścia w życie ustawy, ubezpieczonymi na podstawie niniejszej ustawy.

Art. 234. 1. Fundusz zapewnia ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym.

2. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte na okres dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2004 r. podlegają rozwiązaniu z mocy prawa z dniem 31 grudnia 2004 r., chyba że w terminie miesiąca 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. na 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. 235. 1. Fundusz wstępuje w prawa i obowiązki Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257.

2. Mienie Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, 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. 257, 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 Fundusz oświadczy drugiej stronie umowy, że pozostaje nią związany. Oświadczenie Funduszowi składa się 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. 257, nabył własność lub użytkowanie wieczyste nieruchomości.

5. Przejście praw i mienia Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, na Fundusz następuje nieodpłatnie oraz jest wolne od podatków i opłat.

²⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37 i Nr 19 poz. 177.

Art. 236. 1. Bilans zamknięcia Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, staje się bilansem otwarcia Funduszu.

2. Plan finansowy na 2005 r. Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, 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. 257, jest zatwierdzane w trybie określonym w art. 133 ust. 4.

Art. 237. 1. Ujawnienie w księgach wieczystych praw własności nieruchomości i użytkowania wieczystego nieruchomości wynikających z przejęcia przez Fundusz mienia, o którym mowa w art. 235 ust. 2, następuje na wniosek Prezesa Funduszu, na podstawie oświadczenia woli, o którym mowa w art. 241 ust. 2 pkt 5.

2. Postępowanie w przedmiocie wpisów jest wolne od opłat sądowych.

Art. 238. 1. Fundusz przejmuje zbiory danych prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia utworzony na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, 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. 257, zbiory te stają się zbiorami danych właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

2. Do dnia 31 marca 2005 r. środki Funduszu znajdujące się na rachunkach bankowych zostaną przelane na rachunki bankowe Funduszu w Banku Gospodarstwa Krajowego.

Art. 239. Z dniem wejścia w życie ustawy:

- 1) wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, stają się z mocy prawa oddziałami wojewódzkimi Funduszu;
- 2) centrala Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, staje się centralą Funduszu.

Art. 240. 1. Pracownicy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu w trybie art. 23¹ Kodeksu pracy.

2. Pracownicy centrali Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, z dniem wejścia w życie ustawy stają się pracownikami Funduszu w trybie art. 23¹ Kodeksu pracy.

Art. 241. 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. 257, 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. 257, 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. 257, 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. 257, 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. 257, 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. 257, w zakresie, w jakim ten fundusz wykonywał te uprawnienia do dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 242. 1. Na pierwszą kadencję minister właściwy do spraw zdrowia powołuje Prezesa Agencji bez zachowania trybu określonego w art. 63 ust. 3, w ciągu 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy.

2. Pierwsza kadencja Prezesa Agencji rozpoczyna się w dniu powołania i trwa rok.

Art. 243. Zlecenia dokonane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w trybie art. 69 ust. 3, do dnia 31 grudnia 2006 r., Agencja rozpatruje w pierwszej kolejności.

Art. 244. 1. Do czasu wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego dowodem ubezpieczenia zdrowotnego jest każdy dokument, który potwierdza uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

2. W przypadku emerytów i rencistów dokumentem potwierdzającym 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. 245. Gmina finansuje świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 i 2 udzielone po dniu wejścia w życie ustawy.

Art. 246. Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne, o której mowa w art. 87 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. 247. 1. Kadencja 4 członków spośród 6 członków pierwszej Rady Funduszu wskazanych przez Prezesa Rady Ministrów wynosi 30 miesięcy.

2. Członkowie następnej kadencji Rady Funduszu są powoływani na pięcioletnią kadencję.

Art. 248. Oświadczenia woli ubezpieczonych o wyborze lekarza, pielęgniarzki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują swoją ważność.

Art. 249. Osoby ubezpieczające się dobrowolnie nie wnoszą opłaty, o której mowa w art. 76 ust. 7, jeżeli ubezpieczą się w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 250. 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 nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 251. Do dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 72 ust. 6, ze środków publicznych nie są finansowane świadczenia opieki zdrowotnej, których wykaz określa załącznik do ustawy.

Art. 252. 1. Prezes Funduszu przekaze ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 października 2004 r. wykaz technologii medycznych, będących przedmiotem umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych ze świadczeniodawcami na 2004 r.

2. Jeżeli w terminie do dnia 30 września 2007 r. Agencja nie przedstawi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stanowiska, o którym mowa w art. 71 ust. 4, minister ten kwalifikuje technologię, o której mowa w ust. 1, do świadczeń gwarantowanych.

3. Agencja dokonuje w pierwszej kolejności oceny technologii medycznych, o których mowa w ust. 2.

4. W przypadku gdy w wyniku oceny, o której mowa w ust. 3, stanowisko Agencji nie rekomenduje zakwalifikowania danej technologii medycznej jako świadczenie gwarantowane, minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje zmiany przepisów wydanych na podstawie art. 72 ust. 6 w zakresie dotyczącym technologii medycznej objętej tym stanowiskiem.

Art. 253. Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 20 ust. 4, art. 23 ust. 11, art. 29 ust. 10 i 11, art. 31, art. 36 ust. 4, art. 41 ust. 12, art. 46 ust. 9, art. 47 ust. 5, art. 50 ust. 3-5, art. 57 ust. 5, art. 58 ust. 2, art. 59 ust. 3, art. 61 ust. 1 i 2, art. 63, art. 65 ust. 4, art. 67, art. 68 ust. 5 i 6, art. 69 ust. 5 i 6, art. 70 ust. 4, art. 74, art. 78 ust. 5, art. 92 ust. 7, art. 103 ust. 1, art. 125 ust. 5, art. 142 ust. 3, art. 143 ust. 2, art. 197 ust. 6, art. 217 ust. 5 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zachowują moc do dnia 31 grudnia 2004 r.

Art. 254. Do czasu wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie upoważnienia, o którym mowa w art. 54 ust. 5 ustawy wymienionej w art. 210 oraz art. 52 ust. 3 pkt 4 ustawy wymienionej w art. 217, zmienianego niniejszą ustawą, zachowują moc przepisy dotychczasowe, nie dłużej jednak niż do dnia 31 października 2005 r.

Art. 255. 1. Do czasu powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 106 ust. 1, organy Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, 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.

2. Z dniem powołania organów Funduszu, o których mowa w art. 106 ust. 1, oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, organy Narodowego Funduszu Zdrowia utworzonego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 257, oraz stosunki pracy dyrektorów oddziałów wojewódzkich tego funduszu ulegają rozwiązaniu.

Art. 256. Do czasu wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 72 ust. 6 minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wykaz podstawowych świadczeń lekarza dentysty oraz podstawowych materiałów stomatologicznych, uwzględniając konieczność zapewnienia skuteczności leczenia, a także wykaz dodatkowych świadczeń stomatologicznych i materiałów stomatologicznych oraz rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń,
- 2) wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteria ich przyznawania, okresy użytkowania, oraz przedmioty ortopedyczne podlegające naprawie w zależności od wskazań medycznych, a także limit cen dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach - w zakresie którego Fundusz finansuje to świadczenie, oraz limit cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych
- uwzględniając dobro świadczeniobiorcy oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

Art. 257. Traci moc ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.²⁶⁾), z wyjątkiem art. 65, który traci moc z dniem 31 grudnia 2004 r.

Art. 258. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 października 2004 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 35 ust. 2 pkt 7, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.;
- 2) art. 72 ust. 6, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.;
- 3) art. 204 i art. 208, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.

²⁶⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 73, poz. 660, Nr 96, poz. 874, Nr 122, poz. 1143, Nr 128, poz. 1176, Nr 135, poz. 1268, Nr 166, poz. 1609, Nr 190, poz. 1864, Nr 202, poz. 1956, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255 oraz z 2004 r. Nr 5, poz. 37 i Nr 19 poz. 177.

Załącznik do ustawy z dniao świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ...,poz. ...)

WYKAZ
ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
NIE FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

1. Świadczenia opieki zdrowotnej nie finansowane ze środków publicznych bez względu na zakres ich zastosowania:

- 1) świadczenia o niezbadanej naukowo skuteczności lub o niepotwierdzonej w badaniach naukowych skuteczności na zasadach EBM;
- 2) szczepienia ochronne nie wchodzące w zakres obowiązkowych szczepień ochronnych;
- 3) zabiegi chirurgii plastycznej i zabiegi kosmetyczne w przypadkach nie będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub następstw jej leczenia;
- 4) operacje zmiany płci;
- 5) świadczenia w zakresie akupunktury z wyjątkiem świadczeń udzielanych w leczeniu bólu przewlekłego;
- 6) zabiegi przyrodo-lecznicze i rehabilitacyjne w szpitalach, sanatoriach uzdrowiskowych i ambulatoryjnym lecznictwie uzdrowiskowym nie związane z chorobą podstawową będącą bezpośrednią przyczyną skierowania na leczenie uzdrowiskowe;
- 7) poradnictwo seksuologiczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z wyłączeniem osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności;
- 8) poradnictwo psychoanalityczne;
- 9) ozonoterapia;
- 10) autoszczepionki;
- 11) magnetoterapia z zastosowaniem stałego pola magnetycznego;
- 12) laseropunktura;
- 13) akupresura;

- 14) zooterapia;
- 15) diagnostyka i terapia z zakresu medycyny niekonwencjonalnej, ludowej, orientalnej.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej nie finansowane ze środków publicznych w poszczególnych zakresach zastosowania:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu nerwowego:
 - a) leczenie padaczki przy pomocy implantacji stymulatora nerwu błędnego,
 - b) diagnostyka i leczenie zaburzeń smaku,
 - c) zastosowanie komory hiperbarycznej w leczeniu stwardnienia rozsianego,
 - d) podawanie Baclofenu pompą infuzyjną, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu wydzielania wewnętrznego - endoskopowa, trans-orbitalna dekompresja w oftalmopatii Graves-Basedowa z wyłączeniem przypadków ratowania wzroku z powodu udokumentowanego ucisku na nerw wzrokowy;
- 3) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie gałki ocznej:
 - a) chirurgia refrakcyjna w korekcie wad wzroku,
 - b) stymulacja laserowa plamki żółtej,
 - c) alloplastyka tętnic skroniowych;
- 4) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu sercowo-naczyniowego - wszczepienie defibrylatora dwujamowego z funkcją defibrylacji przedsionkowej i komorowej;
- 5) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu krwiotwórczego i limfatycznego - bankowanie własnej krwi pępowinowej noworodka;
- 6) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie układu trawiennego:
 - a) badanie przewodu pokarmowego za pomocą kapsułki endoskopowej,
 - b) usunięcie guzków krwawniczych (żylaków odbytu) metodą Longo,
 - c) hydrokolonoterapia;
- 7) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie męskich narządów płciowych:
 - a) pobierania nasienia z najądrza,

- b) obliteracja żyły jądrowej metodą fluoroskopową,
 - c) wszczepienie protez prącia;
- 8) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie powłok ciała - otyłość, z wyjątkiem otyłości patologicznej dużego stopnia u chorych o wartości BMI powyżej 40 leczonej metodami zabiegowymi;
- 9) świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie zabiegów diagnostycznych - pozytronowa tomografia emisyjna, z wyjątkiem przypadków:
- a) pojedynczego przerzutu o nieznanym punkcie wyjścia w celu lokalizacji guza pierwotnego, przy braku potwierdzenia rozpoznania lokalizacji ogniska pierwotnego innymi dostępnymi badaniami,
 - b) pojedynczego guzka płuca w celu różnicowania pomiędzy guzem łagodnym i złośliwym przy braku rozpoznania innymi dostępnymi metodami,
 - c) niedrobnokomórkowego raka płuca w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania,
 - d) ziarnicy i chłoniaków nieziarnicznych w celu wstępnej lub końcowej oceny skuteczności chemioterapii, wczesnego rozpoznania nawrotu jeżeli, TK nie daje jednoznacznej oceny stopnia zaawansowania,
 - e) choroby wieńcowej w celu oceny zamrożonego mięśnia sercowego do precyzyjnego ustalenia wskazań/przeciwwskazań do rewaskularyzacji w przypadku braku jednoznacznych informacji z innych badań,
 - f) przed transplantacją serca w celu wykluczenia nieodwracalnego uszkodzenia w wyniku procesu zapalnego w przypadku braku możliwości wykluczenia tego stanu w innych badaniach,
 - g) padaczki w celu lokalizacji ogniska pierwotnego w przypadku braku możliwości zlokalizowania ogniska w innych badaniach,
 - h) mięsaków tkanek miękkich w celu oceny skuteczności chemioterapii po dwóch kursach i wczesnego wykrycia nawrotu,
 - i) raka piersi w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania w przypadku leczenia oszczędzającego przed biopsją, jeżeli MR wykazuje pojedyncze ognisko,

- j) raka jajnika w celu wczesnego wykrycia nawrotu, jeżeli inne badania nie dają jednoznacznej odpowiedzi co do oceny stopnia zaawansowania i rozpoznania nawrotu,
- k) raka tarczycy w celu lokalizacji ogniska nawrotu w przypadku wzrostu poziomu tyreoglobuliny, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu,
- l) podejrzenia przerzutów do kości, jeżeli inne badania nie pozwalają zlokalizować ogniska nawrotu,
- m) planowania radioterapii radykalnej o modulowanej intensywności wiązki w celu oceny rozkładu żywotnych komórek nowotworowych, hipoksji, proliferacji guza, jeżeli inne badania nie pozwalają w przypadku braku możliwości dokonania takiej oceny w innych badaniach,
- n) radiochirurgicznego leczenia raka płuca o wczesnym stopniu zaawansowania w celu wykluczenia istnienia innych ognisk nowotworowych, jeżeli inne badania nie pozwalają ich zlokalizować.

UZASADNIENIE

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. akt K 14/03, stwierdzający niekonstytucyjność ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia spowodował konieczność opracowania nowej, całościowej regulacji określającej warunki i zakres korzystania przez obywateli z opieki zdrowotnej. Wyrok ten nie przesądził, jaki konkretnie model organizacyjno-prawny finansowania świadczeń zdrowotnych powinien być wprowadzony w przyszłości (scentralizowany czy zdecentralizowany, oparty na systemie kas chorych czy jednolitego funduszu, budżetowy czy ubezpieczeniowy, państwowy czy samorządowy). Jednakże – zgodnie z uzasadnieniem wyroku Trybunału Konstytucyjnego, każdy z wybranych przez ustawodawcę modeli musi spełniać warunki określone w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej – z punktu widzenia równości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma na celu uregulowanie w sposób kompleksowy zakresu i warunków korzystania przez osoby uprawnione z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz środków pochodzących z budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego). Jednocześnie projekt ten stanowi pierwszy krok w reformie systemu ochrony zdrowia. Niektóre z proponowanych w projekcie ustawy rozwiązań mają charakter etapowy, a ich celem jest całościowa stabilizacja systemu. Reforma ochrony zdrowia przeprowadzona etapowo tworzy bowiem system przyjazny dla pacjentów.

Projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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;
- 3) zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 4) zasady obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;

- 5) podstawy instytucjonalno-proceduralne stosowania przepisów Unii Europejskiej dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych;
- 6) zasady funkcjonowania i organizację Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 7) zasady funkcjonowania, zadania i organizację Agencji Oceny Technologii Medycznych;
- 8) zasady i tryb ustalania zakresu finansowania i cen świadczeń, o których mowa w pkt 1;
- 9) zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad realizacją świadczeń, o których mowa w pkt 1.

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej, dlatego też do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uprawnieni są świadczeniobiorcy:

- 1) ubezpieczeni – osoby objęte obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym;
- 2) inne osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Wszyscy świadczeniobiorcy mają jednakowe prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie i na zasadach określonych ustawą.

Obowiązek zapewnienia określonego standardu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obciąża władze publiczne, a zatem ochrona zdrowia stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych. W celu zadośćuczynienia temu wymogowi określa się zadania władz publicznych:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
- 3) wojewodów;
- 4) jednostek samorządu terytorialnego (gmin, powiatów, województw).

Określono, że zadania w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmują, w szczególności:

- 1) tworzenie warunków organizacyjnych funkcjonowania ochrony zdrowia, w tym infrastruktury zdrowotnej;
- 2) analizę i ocenę zjawisk rodzących zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej;
- 3) promocję zdrowia, w tym tworzenie warunków sprzyjających ochronie zdrowia;
- 4) finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej nie zakłada powszechnej dostępności do wszystkich znanych i stosowanych zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczeń opieki zdrowotnej. Wręcz przeciwnie – zamieszczona w zd. 2 ust. 2 art. 68 ustawy zasadniczej wzmianka, że nie tylko warunki, ale i zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych określać ma ustawa, otwiera możliwość tworzenia przez ustawodawcę modelu ochrony zdrowia zasadzającego się na środkach publicznych z innymi znanymi we współczesnych systemach sposobami finansowania. Ustawa nie może jednak pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących beneficjentom systemu opieki zdrowotnej.

Ustawa definiuje pojęcie „świadczenia zdrowotnego” oraz „świadczenia opieki zdrowotnej”.

Świadczenia zdrowotne dzieli z kolei na:

- 1) świadczenia gwarantowane – finansowane w całości ze środków publicznych;
- 2) świadczenia alternatywne – finansowane w części ze środków publicznych.

W celu zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej rozumianego jako dostęp rzeczywisty, stanowiący realizację określonego w ust. 1 art. 68 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia wprowadza się ustawowe uregulowanie tzw. „kolejki”, tj. ustawowo określonych zasad dostępu do świadczeń planowych, polegających na prowadzeniu przez świadczeniodawców list osób oczekujących na świadczenia z zapewnieniem pełnej, jawnej informacji o możliwości udzielenia świadczenia

i czasie oczekiwania, a także o możliwości skorzystania ze świadczenia zdrowotnego u innego świadczeniodawcy. Tak rozumiana kolejka nie będzie obowiązywać w odniesieniu do stanu nagłego.

Na wyraźne życzenie ubezpieczonych, świadczeniodawcy będą mieli możliwość udzielenia im świadczeń bez oczekiwania na świadczenia planowe, za całkowitą odpłatnością, przy jednoczesnej rezygnacji – w danym przypadku – z uprawnień wynikających z ubezpieczenia zdrowotnego, pod warunkiem że nie naruszy to dostępności do świadczeń innych świadczeniobiorców.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane będą ze środków publicznych pochodzących:

- 1) ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, zarządzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia – w stosunku do ubezpieczonych;
- 2) z dotacji udzielonej gminom właściwym dla miejsca udzielenia świadczenia w przypadku świadczeniobiorców nie będących ubezpieczonymi spełniającymi kryterium dochodowe określone w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593);
- 3) z budżetu państwa – w stosunku do obu grup świadczeniobiorców.

„Kolejka” oraz podział świadczeń na gwarantowane i alternatywne pozwala na wprowadzenie dostatecznie jasnych i jednoznacznych kryteriów formalnych, według których następować będzie *in casu* ustalenie zakresu należnych pacjentowi świadczeń w ramach ustalonej w ustawie procedury.

W związku z podziałem świadczeń na gwarantowane i alternatywne oraz wprowadzeniem częściowej odpłatności świadczeniobiorcy za te ostatnie, odrębne przepisy mogą określić zasady i organizację dodatkowego ubezpieczenia od kosztów leczenia. Określono również wykaz świadczeń nie finansowanych ze środków publicznych (tzw. koszyk negatywny) w formie załącznika do ustawy.

Ze środków publicznych będzie finansowana realizacja uprawnień świadczeniobiorców do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i urazom, wczesnego wykrywania chorób, leczenia oraz zapobiegania niepełnosprawności i jej ograniczania, w zakresie m.in.:

- 1) propagowania zachowań prozdrowotnych, w szczególności przez zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie;

- 2) prowadzenia profilaktycznych badań lekarskich w celu wczesnego rozpoznania chorób, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych;
- 3) prowadzenia działań profilaktycznych, w tym promocji zdrowia oraz profilaktyki stomatologicznej obejmującej dzieci i młodzież do ukończenia 19 roku życia;
- 4) prowadzenia badań profilaktycznych, w tym profilaktyki stomatologicznej obejmującej kobiety w ciąży;
- 5) profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania;
- 6) wykonywania szczepień ochronnych;
- 7) wykonywania badań z zakresu medycyny sportowej obejmujących dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia uprawiających sport amatorski.

W celu jasnego i precyzyjnego określenia zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, do których ma prawo świadczeniobiorca, usystematyzowano materię świadczeń zdrowotnych dotychczas uregulowaną w poszczególnych przepisach ustaw i aktów wykonawczych. Przede wszystkim wyraźnie określono zakres i warunki udzielania świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Określono zakres zadań lekarza podstawowej opieki w zakresie pomocy całodobowej i zapewnienia transportu sanitarnego. Regulacja ta mieści się w całościowej koncepcji opieki lekarza rodzinnego i zwiększa motywację do kontroli kosztów przy zachowaniu dostępności świadczeń.

Określono zasady i warunki zaopatrzenia w leki, wyroby medyczne, przedmioty ortopedyczne oraz warunki korzystania ze świadczeń leczenia uzdrowiskowego oraz przejazdu środkami transportu sanitarnego.

Zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne przysługuje ubezpieczonemu na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego oraz na podstawie recepty wystawionej przez lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli lekarz ten posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept. Analogiczne uregulowania przewidziano również dla felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz felczera i starszego felczera.

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

Szczególne uprawnienia do świadczeń współistniejących zapewniono inwalidom wojskowym, żołnierzom służby zasadniczej i Zasłużonym Honorowym Dawcom Krwi.

Ponadto w odrębnych ustawach przewidziano szczególne uprawnienia dla:

- 1) inwalidów wojennych oraz osób represjonowanych i ich współmałżonków pozostających na ich wyłącznym utrzymaniu;
- 2) wdów i wdowców uprawnionych do renty rodzinnej po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych.

Osoby te będą otrzymywać zasiłek na pokrycie kosztów leków w wysokości 1728 zł rocznie.

Ministrom, jednostkom samorządu terytorialnego oraz Funduszowi przyznano ustawowe uprawnienie do opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programów zdrowotnych.

Programy zdrowotne dotyczą w szczególności:

- 1) ważnych zjawisk epidemiologicznych;
- 2) innych, niż określone w pkt 1, istotnych problemów zdrowotnych;
- 3) badania i wdrożenia nowych technologii medycznych (np.: przedsięwzięć profilaktycznych i nowych metod leczenia).

W celu ujednoczenia procedur związanych z opracowywaniem, wdrażaniem, realizowaniem i finansowaniem programów zdrowotnych wprowadzono zmiany do ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

W celu oceny pod względem skuteczności, bezpieczeństwa i efektywności kosztowej technologii medycznych zostanie utworzona Agencja Oceny Technologii

Medycznych, która podlegać będzie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Agencja będzie państwową jednostką budżetową działającą na podstawie:

- 1) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) statutu.

W celu realizacji swoich zadań Agencja współpracuje z Funduszem oraz z organami administracji rządowej, w tym w szczególności z Komisją Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych.

Agencją kieruje i reprezentuje ją na zewnątrz Prezes Agencji, którego powołuje na pięcioletnią kadencję minister właściwy do spraw zdrowia po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.

Do zakresu działania Prezesa Agencji należy m.in. przedstawianie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia stanowisk Agencji w sprawie oceny technologii medycznych.

Na podstawie stanowisk Agencji minister właściwy do spraw zdrowia będzie dokonywał kwalifikacji technologii medycznej jako świadczenia gwarantowanego albo alternatywnego.

Wnioski dotyczące oceny technologii medycznych będą mogli składać: Prezes Funduszu, samorządy zawodów medycznych, świadczeniodawcy, stowarzyszenia świadczeniobiorców, szkoły wyższe; jednostki badawczo-rozwojowe, placówki naukowe Polskiej Akademii Nauk oraz producenci lub dystrybutorzy produktów leczniczych, wyrobów medycznych i produktów biobójczych. Minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł zlecać Agencji dokonanie oceny technologii medycznych.

Agencja będzie pobierać opłatę za rozpatrzenie wniosku o ocenę technologii medycznej, przy czym minister właściwy do spraw zdrowia nie będzie ponosił tej opłaty.

Ubezpieczenie zdrowotne, tak jak dotychczas, będzie oparte w szczególności na zasadach równego traktowania, solidarności społecznej oraz zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast zasadę zapewnienia ubezpieczonemu wyboru świadczeniodawców ograniczono do tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem. Szczególne zasady w zakresie wyboru świadczeniodawców dotyczą, ze względu na specyfikę służby,

żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową oraz poborowych pełniących służbę w Policji, Straży Granicznej i w Biurze Ochrony Rządu a także ze względu na odbywanie kary pozbawienia wolności - skazanych.

Biorąc pod uwagę fakt, że Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. nie zakwestionował rozdziałów 2 i 3 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, przepisy dotyczące zasad podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu i składki na to ubezpieczenie nie uległy zasadniczej zmianie, z wyjątkiem zmian wprowadzonych w celu usprawnienia wymiaru i poboru składki na ubezpieczenie zdrowotne. W celu dostosowania regulacji ustawowych do przepisów obowiązującej ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz praktyki wprowadzono przepisy dotyczące uzyskiwania przychodów z więcej niż jednego z rodzajów działalności w przypadku osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą. Również w celu ujednoczenia stosowanej przez organy emerytalne i rentowe praktyki wprowadzono regulację, że w przypadku nieobliczania zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych przez płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, składkę na ubezpieczenie zdrowotne obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.

Instytucją zapewniającą i finansującą świadczenia opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych oraz osób uprawionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji będzie Narodowy Fundusz Zdrowia.

Fundusz będzie państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. W skład Funduszu wchodzi Centrala i oddziały wojewódzkie Funduszu, w których będą utworzone komórki organizacyjne do spraw służb mundurowych.

Głównym zadaniem Funduszu jest zarządzanie środkami finansowymi pochodzącymi m.in. ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz wydatkowanie tych środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez świadczeniodawców w ramach umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Do zakresu działania Funduszu należy m.in.:

- 1) promocja zdrowia;

- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie realizacji tych umów i rozliczanie;
- 3) monitorowanie ordynacji lekarskich;
- 4) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w oparciu o wyniki działalności Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 5) opracowanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych;
- 6) wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;
- 7) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;
- 8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Fundusz nie będzie prowadził działalności gospodarczej, a także nie będzie mógł prowadzić zakładów opieki zdrowotnej, być ich właścicielem ani posiadać w jakiegokolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej lub apteki.

Organami Funduszu będą:

- 1) Rada Funduszu;
- 2) Prezes Funduszu (właściwy w sprawach niezastrzeżonych do zakresu zadań Rady Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu);
- 3) dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Rada Funduszu składać się będzie z jedenastu osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów na 5 lat, przy czym na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich oraz na wniosek strony samorządowej, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości, ministra właściwego do spraw wewnętrznych będzie powoływanych w skład Rady

Funduszu po jednym członku. W celu sprawnego i nieprzerwanego funkcjonowania Rady Funduszu wprowadza się rotację kadencji członków Rady Funduszu.

W stosunku do członków Rady wprowadza się ustawowe wymogi dotyczące ich kwalifikacji. W skład Rady Funduszu będą mogły wchodzić wyłącznie 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.

Jednocześnie, w celu rzetelnego i bezstronnego wykonywania zadań przez Radę, przewiduje się, że członkowie Rady Funduszu nie będą mogli jednocześnie z pełnieniem funkcji członka Rady być:

- 1) pracownikami Funduszu;
- 2) świadczeniodawcami;
- 3) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
- 4) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
- 5) członkami organów lub pracownikami Agencji Oceny Technologii Medycznych lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 6) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej;
- 7) pracownikami urzędów obsługujących ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

Do zadań Rady Funduszu należy w szczególności:

- 1) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu;
- 2) odwoływanie Prezesa Funduszu w przypadku określonym w art. 109 ust. 3 projektu ustawy;

- 3) powoływanie i odwoływanie zastępców Prezesa Funduszu;
- 4) powoływanie i odwoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii właściwego sejmiku województwa;
- 5) opiniowanie rocznego planu finansowego Funduszu, uchwalanie planu pracy Funduszu i przyjmowanie kwartalnych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu oraz uchwalanie rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych;
- 6) podejmowanie uchwał dotyczących majątku Funduszu, inwestycji przekraczających upoważnienia statutowe dla Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu lub oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 7) opiniowanie systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
- 8) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu.

Uchwały w sprawach określonych w pkt 1 – 4 będą podejmowane przez Radę Funduszu większością 3/4 głosów, przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby jej członków. W pozostałych sprawach uchwały będą zapadały większością głosów przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady. W przypadku równej liczby głosów będzie rozstrzygać głos Przewodniczącego Rady, który będzie wybierany spośród członków Rady.

Prezes Rady Ministrów będzie mógł odwołać członka Rady Funduszu przed upływem jego kadencji, w szczególności 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) nieuzasadnionego niestawiennictwa na 4 kolejnych posiedzeniach Rady Funduszu;
- 4) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie,

a także na podstawie wniosku podmiotu, na wniosek którego członek Rady został powołany.

W przypadku śmierci albo odwołania członka Rady Funduszu, kolejny członek będzie powoływany tylko na okres, jaki pozostał do końca kadencji byłego członka Rady, chyba że do końca tej kadencji pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia śmierci albo odwołania.

Organem kierującym działalnością Funduszu i reprezentującym Fundusz na zewnątrz będzie Prezes Funduszu. Prezesa Funduszu będzie powoływała i odwoływała Rada Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

Prezes Funduszu będzie wykonywał swoje zadania przy pomocy trzech zastępców, w tym zastępcy do spraw służb mundurowych, powoływanego i odwoływanego przez Radę Funduszu na wspólny wniosek Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Pozostałych zastępców Rada Funduszu będzie powoływała i odwoływała na wniosek Prezesa Funduszu.

Prezes Funduszu, jego zastępcy i główny księgowy Funduszu nie będą mogli być jednocześnie:

- 1) członkami Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) pracownikami oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 3) świadczeniodawcami;
- 4) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
- 5) członkami organów lub pracownikami jednostek będących organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej;
- 6) członkami organów lub pracownikami Agencji lub Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 7) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego;
- 8) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

W przypadku rażącego naruszenia przez Prezesa Funduszu jego obowiązków ustawowych, Rada Funduszu będzie mogła odwołać Prezesa Funduszu bez wniosku.

Zakres zadań Prezesa Funduszu będzie obejmował:

- 1) bieżące zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu;
- 2) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 3) zawieranie i rozliczanie umów, o których mowa w pkt 2;
- 4) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;
- 5) ustalanie jednolitych sposobów realizacji zadań przez oddziały wojewódzkie Funduszu;
- 6) monitorowanie ordynacji lekarskich na podstawie danych przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu;
- 7) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
- 8) sporządzanie rocznego planu finansowego Funduszu, rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu i sprawozdania finansowego Funduszu oraz niezwłocznie przedkładanie ich ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;
- 9) wnioskowanie do Rady Funduszu o powołanie albo odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego;
- 10) realizację rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;
- 11) sporządzanie projektów planu pracy Funduszu i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu i przedkładanie ich, w terminie 7 dni od dnia przyjęcia przez Radę Funduszu, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 12) koordynowanie działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 13) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu;
- 14) przygotowanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz wpływów i wydatków;
- 15) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;

- 16) przedstawianie Radzie Funduszu propozycji w sprawie systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
- 17) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, jednostkami samorządu terytorialnego, innymi instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi i organizacjami pracodawców;
- 18) nabywanie i zaciąganie zobowiązań w imieniu Funduszu przekraczających upoważnienia statutowe dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 19) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników centrali Funduszu;
- 20) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;
- 21) rozpatrywanie odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego;
- 22) rozpatrywanie odwołań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 23) ustalanie rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na następny rok.

Prezes Funduszu będzie mógł udzielić zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu Funduszu i innym pracownikom centrali Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych i upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych w wykonaniu zadań.

Oddziałom wojewódzkim Funduszu została przyznana – na tym etapie – samodzielność rozumiana jako przypisany ustawą zakres kompetencji.

Oddziałem kierował będzie, jako organ Funduszu, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu będzie należeć:

- 1) powoływanie członków rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) dokonywanie wyboru realizatorów programów zdrowotnych w imieniu ministra właściwego do spraw zdrowia – w przypadku programów zdrowotnych tego ministra;

- 4) dokonywanie wyboru realizatorów programów zdrowotnych lub realizacja tych programów;
- 5) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) przygotowywanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 7) przygotowywanie projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 8) realizacja planu finansowego Funduszu w zakresie, w jakim dotyczy danego oddziału wojewódzkiego;
- 9) kontrola świadczeniodawców i aptek;
- 10) monitorowanie ordynacji lekarskich;
- 11) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 12) monitorowanie, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej;
- 13) wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego;
- 14) udzielanie informacji, na żądanie Prezesa Funduszu lub Rady Funduszu, o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego.

W celu zapewnienia udziału przedstawicieli ubezpieczonych w zarządzaniu środkami pochodzącymi ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, a tym samym zagwarantowania pewnych uprawnień ubezpieczonych, w oddziałach wojewódzkich Funduszu będą funkcjonować rady powoływane na 4-letnią kadencję. Projekt ustawy zapewnia reprezentatywny skład tych rad.

Fundusz będzie jednostką organizacyjną należącą do sektora finansów publicznych. Fundusz nie będzie prowadził działalności gospodarczej, stąd proponuje się konstrukcję zbilansowania wpływów z wydatkami w planie finansowym, z uwzględnieniem należności, zobowiązań, stanu początkowego i końcowego. Nadzór nad gospodarką finansową Funduszu powierza się ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych.

Określono dokładnie procedurę zatwierdzania planu finansowego Funduszu, w tym terminy, formy, podmioty i organy uczestniczące w tej procedurze.

W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość planowanych wydatków dla centrali i poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz wysokość łącznych wpływów i wydatków Funduszu według następujących zasad:

- 1) 95% planowanych wydatków Funduszu jest dzielonych pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, przy czym podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu z uwzględnieniem ryzyk zdrowotnych przypisanych ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia;
- 2) 4 % planowanych wydatków Funduszu przeznacza się na:
 - a) realizację zadań wynikających z przepisów o koordynacji,
 - b) programy zdrowotne,
 - c) świadczenia wysokospecjalistyczne,
 - d) finansowanie działalności Funduszu;
- 3) 1% planowanych wydatków Funduszu przeznacza się na rezerwę ogólną.

Przewiduje się, że Fundusz, za zgodą ministra właściwego do spraw finansów publicznych, w celu zapewnienia płynności finansowej, może zaciągać krótkoterminowe pożyczki i kredyty. Wprowadzono również – zgodnie z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego – zamknięty katalog wydatków Funduszu.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami będą zawierane po przeprowadzeniu postępowania w trybie:

- 1) konkursu ofert z jasnymi kryteriami oceny ofert;
- 2) rokowań;
- 3) negocjacji (jeżeli w ocenie Funduszu przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert lub rokowań nie doprowadzi do wyboru świadczeniodawcy, Fundusz może przeprowadzić postępowanie w sprawie zmiany dotychczasowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym trybie).

W podstawowej opiece zdrowotnej oraz w przypadku zawierania umów ze świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wprowadzono tzw. „system otwarty” polegający na zawieraniu umów ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu bez konieczności przeprowadzania postępowania w jednym z ww. trybów.

Wprowadzono zakaz porozumień pomiędzy świadczeniodawcami, których celem lub skutkiem jest:

- 1) ustalanie, bezpośrednio lub pośrednio, cen i innych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) podział rynków zbytu świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) ograniczanie dostępu do rynku lub eliminowanie z rynku świadczeniodawców nieobjętych porozumieniem;
- 4) uzgadnianie przez świadczeniodawców przystępujących do konkursu ofert lub rokowań warunków składanych ofert, w szczególności dotyczących zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej lub ich ceny;
- 5) zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na warunkach innych niż określone w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ograniczenie zakresu tych świadczeń.

Decyzje stwierdzające nieważność takich porozumień oraz nakładające kary pieniężne za nieodstąpienie od nich wydawać będzie minister właściwy do spraw zdrowia po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego.

Zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. przepisy konstruujące funkcjonowanie Narodowego Funduszu Zdrowia uniemożliwiają jego rzetelne i sprawne działanie, a przewidziane w rozdziale 13 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia środki kontrolne przypisane Ministrowi Zdrowia nie pozwalają na skuteczne nadzorowanie działalności Funduszu. W ocenie Trybunału, mimo że Minister Zdrowia ponosi polityczną i konstytucyjną odpowiedzialność za realizację zadań wynikających z art. 68 ust. 2 Konstytucji, to faktycznie został pozbawiony skutecznych środków nadzoru. W związku z powyższym Trybunał uznał rozdział 13 ustawy regulujący

zasady nadzoru nad realizacją ubezpieczenia zdrowotnego za niezgodny z art. 68 ust. 2 Konstytucji.

W związku z powyższym, proponuje się rozwiązania w zakresie sprawowania nadzoru nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia, które mają na celu wprowadzenie skutecznych środków nadzoru, pozwalających na realne oddziaływanie na działalność Funduszu. Projektowana procedura oraz instrumenty nadzoru nad Funduszem zapewni funkcjonalność systemu i usunie krzyżowanie się kompetencji organów Funduszu oraz ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

Projekt ustawy przewiduje, że kompetencje nadzorcze będą należeć do ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych. Przyjęte rozwiązania konsumują zarzuty zawarte w powołanym wyroku Trybunału Konstytucyjnego. Określone uprawnienia i zadania ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz zasady i tryb egzekwowania ich decyzji w ramach nadzoru mają służyć zapewnieniu właściwego, przede wszystkim skutecznego, nadzoru nad działalnością Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zapewnieniu ochrony interesów ubezpieczonych, oraz niedopuszczenie do sytuacji, w której Fundusz nie byłby w stanie zapewnić im określonych usług świadczeń.

Sprawowanie funkcji nadzorczych polega m.in. na :

- 1) stałym nadzorze ogólnym pod względem przestrzegania przepisów prawa przez organy Funduszu – sprawowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) nadzorze nad gospodarką finansową Funduszu przy zastosowaniu kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym – sprawowanym przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
- 3) badaniu uchwał przyjmowanych przez Radę Funduszu oraz decyzji podejmowanych przez Prezesa Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu - przez ministra właściwego do spraw zdrowia, a w zakresie gospodarki finansowej Funduszu – w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.

Wprowadzono również zwiększenie zakresu nadzoru ministra właściwego do spraw zdrowia nad działalnością świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Funduszem – w dotychczas obowiązujących przepisach w zasadzie nie istniał nadzór ministra właściwego do spraw zdrowia.

Ponadto projekt wprowadza możliwość powiadamiania organów założycielskich zakładów opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej o stwierdzonych nieprawidłowościach w działaniu założonych przez nie zakładów opieki zdrowotnej oraz wskazanych sposobach doprowadzenia działalności do stanu zgodnego z prawem.

Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązania pozwalają wpływać na działalność Funduszu oraz świadczeniodawców, a co za tym idzie dają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia możliwość kreowania skutecznej polityki państwa w zakresie ochrony zdrowia, za którą jest odpowiedzialny. Przyznanie ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych kompetencji nadzorczych w zakresie gospodarki finansowej Funduszu wzmacnia nadzór nad działalnością Funduszu oraz pozwala na wielopłaszczyznowe ocenianie jego działalności.

Zaproponowane w projekcie ustawy rozwiązanie dotyczące wykonywania nadzoru nad działalnością Funduszu i świadczeniodawców zapewnia również niski koszt jego wprowadzenia, nie powoduje wydatków w celu jego wdrożenia, gdyż w zasadzie wiąże się jedynie z uporządkowaniem i dookreśleniem kompetencji właściwych organów.

Ocena Skutków Regulacji (OSR)

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje.

Projekt ustawy swoim zakresem wywiera wpływ na następujące podmioty:

- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- minister właściwy do spraw finansów publicznych,
- minister właściwy do spraw zdrowia,
- Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
- wojewodowie,
- samorząd wojewódzki, samorząd powiatowy, samorząd gminny,
- świadczeniodawcy,
- apteki,
- osoby ubezpieczone w Narodowym Funduszu Zdrowia, obywatele polscy posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, nieubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia.

2. Konsultacje społeczne.

Projekt został przesłany do konsultacji marszałkom województw, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, stronie samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Izbie Aptekarskiej, Naczelnej Izbie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Rektorom Uczelni Medycznych, Instytutom, Stowarzyszeniu Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Związkowi Inwalidów Wojennych RP, Związkowi Sybiraków, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu

Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Stomatologów, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, stowarzyszeniom pacjentów.

Opiniujący projekt ustawy pozytywnie odnieśli się do regulacji zapewniających dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wszystkim obywatelom. Zgłaszali jednakże dodatkowe rozwiązania w tym zakresie, m.in. dotyczące podmiotu, który finansowałby te świadczenia. Jednakże w tej kwestii postanowiono zachować rozwiązanie przewidujące finansowanie tych zadań z budżetu państwa poprzez gminy, posiadają one bowiem niezbędną infrastrukturę w zakresie pomocy społecznej.

Partnerzy społeczni zaznaczali również konieczność zagwarantowania dodatkowych środków na opiekę zdrowotną w drodze podniesienia składki na ubezpieczenie zdrowotne. Podnoszono również konieczność finansowania pewnych zadań bezpośrednio z budżetu państwa m. in. kosztów koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Rozwiązania te nie mogły zostać przyjęte z uwagi na kondycję budżetu państwa.

W wyniku uwag zgłoszonych w toku konsultacji społecznych uwzględniono uwagi dotyczące:

- 1) przyznania osobom represjonowanym uprawnień inwalidów wojennych w zakresie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych oraz korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania,
- 2) wprowadzenia przepisów umożliwiających Funduszowi zawieranie odrębnych umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej,
- 3) przyznania świadczeń opieki profilaktycznej dzieci i młodzieży do lat 19-stu,
- 4) dotacji dla gmin obejmującej obsługę zadań zleconych,
- 5) przepisów ustawy regulujących sprawy zaopatrzenia w leki i wyroby medyczne.

W ramach konsultacji społecznych projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego.

Wejście w życie przedmiotowej regulacji prawnej będzie miało wpływ na dochody i wydatki budżetu państwa oraz podmiotów sektora finansów publicznych.

3.1. Skutki finansowe dla budżetu państwa z części 46 – Zdrowie z tytułu świadczeń zdrowotnych na rzecz osób nieubezpieczonych.

W związku z brzmieniem art. 13 projektu, oszacowano na podstawie danych statystycznych, że liczba nieubezpieczonych dzieci w wieku od 0 do 18 oraz liczba nieubezpieczonych kobiet ciężarnych wynosi łącznie 168.800 osób.

Koszty nowych uregulowań związanych z uprawnieniem ww. grupy osób z tytułu wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, które w obecnych uregulowaniach nie występowały – przyjęto średnią kwotę wydatków poniesionych w 2003 r. w wysokości 9,20 zł, co dla ww. grupy osób nieubezpieczonych daje kwotę wydatków **1.553 tys. zł.**

W związku z brzmieniem art. 27 ust. 3:

Dodatkowe koszty dla budżetu państwa z części 46 - Zdrowie, z tytułu dodatkowych świadczeń stomatologicznych dla uprawnionej grupy osób stanowi kwotę w wysokości **8.440 tys. zł.** Do szacunku przyjęto, że średnie wydatki poniesione na leczenie stomatologiczne w 2003 r. na 1 osobę ubezpieczoną wyniosły 25 zł rocznie. W wyliczeniach kwota ta została podniesiona do 50 zł z uwagi na fakt, że dla ww. grupy nieubezpieczonych refundowane zgodnie z projektem mają być koszty zarówno podstawowych, jak dodatkowych świadczeń stomatologicznych. Zgodnie z dotychczasowymi przepisami nie było obowiązku finansowania tych świadczeń dla nieubezpieczonych z budżetu państwa.

3.2. Skutki finansowe dla budżetu państwa z tytułu utworzenia Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Agencja Oceny Technologii Medycznych będzie funkcjonować jako jednostka budżetowa. Z przeprowadzonych poniżej wyliczeń wynika, że Agencja będzie mogła uzyskiwać dodatnie wyniki finansowe.

WYDATKI OSOBOWE

| | |
|---|------------|
| Prezes Agencji, administracja, księgowość | 510.000 zł |
|---|------------|

11 członków Rady Naukowej x 5.000 zł x 12

| | |
|--------------|------------|
| Rada Naukowa | 660.000 zł |
|--------------|------------|

| | |
|------------------------|------------|
| Obsługa Prezesa i Rady | 115.000 zł |
|------------------------|------------|

20 Analityków x 5.000 zł x 12

| | |
|--------------|--------------|
| Dział Analiz | 1.200.000 zł |
|--------------|--------------|

razem **2.485.000 zł**

WYDATKI BEZOSOBOWE

| | |
|--|------------|
| czynsz i media (około 450 m ²) | 350.000 zł |
|--|------------|

| | |
|---------------------------------------|------------|
| materiały biurowe, telefony, Internet | 250.000 zł |
|---------------------------------------|------------|

| | |
|--|------------|
| prenumerata czasopism, literatura, przejazdy | 115.000 zł |
|--|------------|

| | |
|-----------------------------------|------------|
| opinie i ekspertyzy (400 x 2 000) | 800.000 zł |
|-----------------------------------|------------|

razem **1.515.000 zł**

WYDATKI OGÓŁEM: 2.485.000 zł + 1.515.000 zł = 4.000.000 zł

Projekcja przychodów Agencji

Przyjęto założenie, że w pierwszym okresie działalności Agencja będzie rozpatrywać ok. 400 wniosków rocznie dotyczących oceny technologii medycznych, z czego ok. 160 wniosków będą stanowiły wnioski rozpatrywane odpłatnie. Szacuje się, że średni koszt odpłatności za jeden wniosek będzie kształtował się na poziomie 25.500 zł. W związku z tym szacunkowe roczne przychody z tytułu opłat za wnioski wyniosą **ok. 4.080.000 zł.**

Dodatkowo Agencja w pierwszym roku działalności rozpatrzy ok. 200 wniosków związanych z umieszczeniem leków lub wyrobów medycznych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających oraz leków i materiałów medycznych przepisywanych bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością. Średni koszt takiego wniosku będzie kształtował się na poziomie ok. 9.000 zł (od 4.500 zł do 13.500 zł). W związku z tym szacunkowe roczne przychody Agencji z tytułu opłat za ten rodzaj wniosków wyniosą ok. **1.800.000 zł.**

W związku z koniecznością utworzenia tej jednostki:

| | |
|---------------------------|---------------------|
| Koszty funkcjonowania: | 4.000.000 zł |
| Utworzenie i wyposażenie: | 1.000.000 zł |
| Razem dotacja: | 5.000.000 zł |

3.3. Skutki finansowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia:

3.3.1. Z tytułu opłat ponoszonych przez Fundusz za rozpatrzenie wniosków przez Agencję oraz w związku z przygotowaniem wniosków.

Fundusz będzie ponosił koszty związane z rozpatrywaniem wniosków przez Agencję. Szacuje się, że w pierwszym okresie działalności Agencji Fundusz złoży ok. 110 wniosków do Agencji, z których każdy będzie kosztował średnio ok. 14.000 zł.

Oznacza to wzrost wydatków Funduszu z tytułu rozpatrzenia wniosków przez Agencję o ok. **1.540.000 zł.**

Dodatkowo Fundusz poniesie koszty przygotowania wniosków. Na podstawie doświadczeń krajów Unii Europejskiej należy przyjąć, że średni koszt opracowania wniosku do oceny przez Agencję w polskich warunkach będzie wynosił ok. 80.000 zł. W związku z tym koszt przygotowania 110 wniosków wyniesie ok. **8.800.000 zł.**

Jednocześnie należy wskazać m.in. za doświadczeniami angielskimi i szwedzkimi, że koszty ponoszone przez Fundusz z tytułu przygotowania wniosków i ich rozpatrzenia przez Agencję powinny się zwrócić po pierwszym roku korzystania z ocenionych technologii, a w kolejnych latach powinny przynieść wymierne oszczędności.

3.3.2. Koszty wprowadzenia elektronicznych kart ubezpieczenia zdrowotnego.

Koszty te wynikają z dostosowania do przepisów prawa europejskiego (okres przejściowy do dnia 1 stycznia 2006 r.) i wyniosą one **330 mln zł**, w tym:

- 1) zakup, personalizacja i dystrybucja kart ubezpieczenia zdrowotnego – ok. **300 mln zł**;
- 2) przygotowanie i utrzymanie zasobów (w tym miejsca pracy) związanych z obsługą dostosowania do przepisów i systemów ubezpieczeniowych Unii Europejskiej oraz obsługą operacyjną elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego – **30 mln zł.**

Łączne koszty wynikające z projektu ustawy dla Funduszu wyniosą 340.340.000 zł.

3.4. Skutki finansowe dla budżetu państwa z tytułu zapewnienia środków finansowych na realizację zadań zleconych gminom.

Projekt ustawy rozszerza zadania zlecone gmin o finansowanie świadczeń zdrowotnych dla wszystkich świadczeniobiorców nie będących ubezpieczonymi, o ile są obywatelami polskimi zamieszkującymi na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej spełniającymi kryterium dochodowe, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Na podstawie szacunków dotyczących liczby nieubezpieczonych, przy założeniu średniego rocznego kosztu świadczeń dla jednego ubezpieczonego można ocenić, że koszty wprowadzenia tej regulacji wraz z ich obsługą wyniosą około **500 mln zł.**

Kwota ta powinna być zabezpieczona w budżecie państwa na realizację zadań zleconych gmin.

3.5. W związku z realizacją przez Komisję Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych dodatkowych zadań w ramach aktualnie otrzymywanych środków.

10 kierowników projektu x 4000 zł x 12 miesięcy **480.000 zł**

koszty badań

(2 szpitale kliniczne, 3 szpitale wojewódzkie, 3 szpitale powiatowe = 8 badań)

jedna procedura = 3 osoby x 200 zł x 3 miesiące = 1.800 zł

8 x 300 procedur x 1.800 zł **4.320.000 zł**

czynsz i media (około 170 m²) **130.000 zł**

materiały biurowe, telefony, Internet **120.000 zł**

przejazdy, pozostałe koszty **30.000 zł**

razem 5.080.000 zł

3.6. Skutki finansowe dla budżetu państwa z tytułu przyznania zasiłku lekowego inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym.

Kwota zasiłku lekowego będzie równa kwocie zasiłku pielęgnacyjnego, zatem wyniesie ona 1728 zł rocznie na osobę, co przy szacowanej liczbie osób uprawnionych – około 137 519 roczne koszty z tego tytułu wyniosą **237 632 832 zł.**

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Powstanie Agencji Oceny Technologii Medycznych, jako pracodawcy i instytucji zlecającej wykonywanie ekspertyz może mieć wpływ na rynek pracy poprzez zatrudnienie pracowników i zlecenie zadań do wykonania.

Zwiększenie zadań Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych może spowodować wzrost zatrudnienia w tej instytucji.

Zatrudnienie w urzędach obsługujących ministra właściwego do spraw finansów publicznych i spraw zdrowia, pomimo nowych kompetencji przyznanych w projekcie ustawy, powinno pozostać bez zmian.

Nałożenie przez projekt ustawy dodatkowych zadań na organy samorządu terytorialnego może skutkować wzrostem zatrudnienia w tych jednostkach.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projekt nie będzie miał wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Zadania nałożone na organy samorządu terytorialnego mogą mieć wpływ na sytuację regionów poprzez zwiększenie kompetencji tych jednostek.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia.

Wejście w życie regulacji będzie mieć pozytywny wpływ na ochronę zdrowia ludności, poprzez zapewnienie możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wszystkim świadczeniobiorcom.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności.

Wejście w życie regulacji będzie mieć pozytywny wpływ na warunki życia ludności, biorąc pod uwagę wpływ regulacji na ochronę zdrowia.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.



URZĄD
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ STANU
Jarosław Pietras

Sekr.Min.JP- *403* /04/DPE/eb ilk

Warszawa, *9 sierpnia* 2004 r.

Pan
Aleksander Proksa
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. nr 106, poz. 494) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ministra Jarosława Pietrasa, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej.

Szanowny Panie Ministrze,

W związku z przedstawionym projektem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (pismo nr RM-10-68-04 Nowy tekst II), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

1. Celem przedstawionego projektu ustawy jest uregulowanie w sposób kompleksowy zakresu i warunków korzystania przez osoby uprawnione z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, w ślad za orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. (sygn. Akt K 14/03). Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem art. 257 projektu, z chwilą wejścia w życie projektowanej regulacji traci moc ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. Nr 45, poz. 391 z późn.zm.), uznana w ww. wyroku za niekonstytucyjną.

Należy zauważyć, iż przepisy *acquis* nie wprowadzają jednolitego systemu ubezpieczeń społecznych, dopuszczając zróżnicowanie krajowych systemów zabezpieczenia społecznego, zarówno w zakresie natury świadczeń oraz poziomu gwarantowanej ochrony, jak i metod ich finansowania. Szczegółowe zasady ustalania, przyznawania i wypłacania poszczególnych świadczeń pozostają zatem – co do zasady – poza zakresem regulacji prawa wspólnotowego. Kwestie dotyczące organizacji

GABINET
SEKRETARZA RADY MINISTRÓW

GAP 2427 dn. *2004-08-10*

opieki zdrowotnej, zaproponowane w przedstawionym projekcie ustawy w oparciu o sentencję wyroku Trybunału Konstytucyjnego, nie podlegają zatem – jako mieszczące się w zakresie kompetencji ustawodawcy krajowego – ocenie co do zgodności z *acquis*.

2. W prawie wspólnotowym określone są natomiast reguły dotyczące koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w związku z umożliwieniem realnego funkcjonowania zasady swobody przepływu pracowników. Analiza przedstawionego projektu ustawy pod kątem zgodności z *acquis*, obejmować powinna zatem *inter alia* zaproponowane w jego brzmieniu zasady afiliacji do systemu świadczeń opieki zdrowotnej obowiązujące obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej oraz państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego, jak również aspekty instytucjonalno - proceduralne stosowania wobec tego systemu mechanizmów koordynacji, o których mowa w przepisach rozporządzenia nr 1408/71/EWG z dnia 14 czerwca 1971 r. o stosowaniu systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz członków ich rodzin zmieniających miejsce pobytu w granicach Wspólnoty oraz uzupełniające je rozporządzenia nr 574/72/EWG z dnia 21 marca 1972 r. o ustaleniu sposobów stosowania rozporządzenia Nr 1408/71/EWG dotyczącego stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników, osób pracujących na własny rachunek oraz członków ich rodzin zmieniających miejsce pobytu na obszarze Wspólnoty, w tym, w szczególności, zasady refundacji świadczeń udzielanych poza granicami kraju.

W powyższym zakresie przedstawiony projekt ustawy przewiduje – zgodnie z ww. wymogami *acquis* – rozszerzenie katalogu osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia o zamieszkujących na terytorium Unii Europejskiej obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz rozszerzenie kryterium miejsca zamieszkania członka rodziny ubezpieczonego z dotychczasowego kryterium zamieszkiwania wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na kryterium obejmujące zamieszkiwanie na terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej i na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Projekt przewiduje ponadto określenie warunków korzystania ze świadczeń z ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia poza granicami kraju, tj. na koszt Funduszu, jak również warunków korzystania ze świadczeń przez osoby uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów o koordynacji, poprzez wprowadzenie do przepisów nowelizowanej ustawy instytucji zaświadczenia oraz poświadczenia o prawie do tych świadczeń. Projekt reguluje również sprawy związane z kierowaniem ubezpieczonych na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju.

3. Zakres przedstawionego projektu ustawy obejmuje ponadto inne kwestie szczegółowe, które podlegają regulacji prawa wspólnotowego o charakterze horyzontalnym, tj. niezależnym od kształtu i organizacji opieki zdrowotnej realizowanej w poszczególnych państwach członkowskich. Przede wszystkim kwestię wymagającą analizy stanowią zaproponowane zasady refundacji leków

oraz wnoszenia opłaty ryczałtowej za wskazane w ustawie leki, w tym w szczególności problematyka ustalania limitów cen leków, pod kątem zgodności z wymogami *inter alia* dyrektywy 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 roku w sprawie przejrzystości przepisów regulujących politykę cen na produkty medyczne do użytku przez człowieka oraz włączenia w ich zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych.

Pełna implementacja dyrektywy 89/105/EWG, tj. wymaga przeprowadzenia analizy nie tylko przedmiotowego projektu ustawy lecz również właściwych przepisów ustawy o cenach. Stosowna analiza jest obecnie przedmiotem prac zespołu powołanego w Ministerstwie Zdrowia. W związku z tym konieczne jest przygotowanie odrębnego projektu ustawy, który uwzględni w szczególności następujące postanowienia prawa Unii Europejskiej.

Po pierwsze, zgodnie z brzmieniem art. 6 dyrektywy 89/105/EWG, państwa członkowskie zobowiązane są do opublikowania kryteriów, które będą brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o wpisie leku na listę leków refundowanych (tu: do wykazów, o których mowa w art. 32 ust. 5 pkt 1 i art. 33 ust. 2 pkt 2 projektu). W projekcie wskazano takie kryteria: są nimi m.in. konieczność zapewnienia ochrony zdrowia, dostępność do leków oraz możliwości płatnicze funduszy publicznych. Wydaje się jednak, iż wskazane kryteria są zbyt subiektywne, by mogły zapobiegać arbitralnemu podejmowaniu decyzji w powyższym zakresie. Należy bowiem zwrócić uwagę na fakt, iż powyższe kryteria o charakterze generalnym powinny być rozpatrywane łącznie z kryteriami określonymi w art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz.U. Nr 97, poz. 1050 z późn.zm.), dotyczącymi jednego z elementów wniosku o wpis do ww. wykazu. Łączna analiza powyższych kryteriów stanowi podstawę do stwierdzenia, iż przesłanki dotyczące: poziomu cen leku w krajach o zbliżonej wysokości dochodu narodowego na jednego mieszkańca, konkurencyjności cenowej oraz wpływu leku na bezpośrednie koszty leczenia, mogące stanowić podstawę do braku rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w art. 35 ust. 1 projektu, jak również przesłanki możliwości finansowania świadczeń ze środków publicznych, decydującej o włączeniu leku do wykazu, mogą stanowić podstawę do dyskryminacji leków importowanych, których cena obejmuje nie tylko koszty ich produkcji lecz również koszty importu.

Po drugie, wątpliwości budzi zaproponowane brzmienie art. 35 projektu, przewidujące możliwość odwołania się do sądu administracyjnego od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia dotyczącej braku nieuwzględnienia wniosku o umieszczenie leku lub wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w art. 32 ust. 5 pkt 1 i art. 33 ust. 2 pkt 2 projektu. Zgodnie z zaproponowaną regulacją, postępowanie w sprawie umieszczenia leku lub materiału medycznego w wykazie i – w konsekwencji – objęcie ww. produktów limitem cen, odbywa się na wniosek podmiotu uprawnionego. Wniosek powyższy podlega rozpatrzeniu przez Zespół do Spraw Gospodarki Lekami, od decyzji którego przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia. Należy stwierdzić, iż zaproponowana procedura mieści się w zakresie regulacji dyrektywy 89/105/EWG, przewidującej konieczność uzasadnienia odmowy o braku ustalenia ceny leku na poziomie

zaproponowanym przez wnioskodawcę oraz zawarcia w uzasadnieniu informacji o przysługujących od niej środkach odwoławczych. W świetle orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości w sprawie *Komisja przeciw Austrii* (sprawa nr C-424/99 z 2001 roku), powyższy wymóg oznacza *de facto* obowiązek zagwarantowania przez państwo członkowskie uprawnionemu możliwości skorzystania z procedury odwoławczej do niezależnego organu. Trybunał stwierdził również, iż procedura odwoławcza, pożądana z punktu widzenia realizacji wymogów ww. regulacji wspólnotowego prawa pochodnego, jest odwoławcza procedura sądowa. Zgodnie z zaproponowaną regulacją art. 35 ust 6, środek odwoławczy, o którym mowa w ww. dyrektywie, stanowi – mieszcząca się w dyspozycji przedmiotowej dyrektywy - możliwość wniesienia skargi do sądu administracyjnego (tj. organu niezależnego wobec pozostałych instytucji biorących udział w postępowaniu). W sprzeczności z jej wymogami stoi natomiast przedmiot zagwarantowanego na gruncie projektu odwołania. W świetle zaproponowanej regulacji, przysługuje ono od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie braku umieszczenia leku bądź wyrobu medycznego w wykazie, nie zaś od decyzji o jego cenie. Należy zauważyć, iż zaproponowana procedura wpisu leku lub wyrobu medycznego do wykazów, o których mowa w art. 32 ust. 5 pkt 1 i art. 33 ust. 2 pkt 2 projektu, przewiduje obowiązek określenia przez jego producenta lub importera, we wniosku o powyższy wpis, proponowanej ceny leku. Decyzja o uwzględnieniu wniosku dotyczy natomiast zarówno ustalenia ceny leku, jak i umieszczenia go w wykazie, przy czym ustalona cena może różnić się od ceny zaproponowanej przez wnioskodawcę. Koniecznym wydaje się zatem zapewnienie na gruncie projektu możliwości odwołania się również wyłącznie od limitu ceny leku umieszczonego w wykazie.

Należy ponadto zauważyć, iż zgodnie z wymogami dyrektywy 89/105/EWG, decyzja o odmowie umieszczenia leku w wykazie powinna być uzasadniona. Należy zwrócić uwagę, iż projekt przewiduje wprawdzie uzasadnienie decyzji – nie formułuje jednak jego obligatoryjnych elementów, tj. nie precyzuje, iż uzasadnienie powinno odnosić się do kryteriów, które brane są pod uwagę przy wpisywaniu leków do wykazów. Brak wskazania powyższych kryteriów może spowodować niejasność przyczyn odmowy wpisu leku do wykazu, przy czym przyczyny takie mogą leżeć zarówno po stronie właściwości terapeutycznych leku bądź też jego ceny.

Niezależnie od powyższych uwag należy stwierdzić, iż wątpliwości co do zgodności z ogólnymi zasadami prawa wspólnotowego budzi przewidziana regulacja Działu II Rozdziału 4 projektu *Programu zdrowotne*. Zaproponowana regulacja przewiduje możliwość realizowania programów, których przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym m.in. udzielanie leków. Należy zauważyć, iż projekt nie przewiduje żadnych szczegółowych wymogów dotyczących wyboru leków stosowanych w danym programie i stanowiących element specyfikacji przetargowej. Projekt przewiduje zatem wybór realizatora programu w oparciu o regulacje przetargowe, przewidziane dla zawierania umów ze świadczeniodawcami, pozostawiając prowadzenie prac nad programem, w tym dobór środków terapeutycznych, kryteriom i procedurom pozaustawowym. Wydaje się, iż wobec faktu, iż obrót lekami i dobór leków podlega regulacji ogólnych zasad

traktatowych, rozważenia wymaga włączenie do brzmienia projektu szczegółowych kryteriów doboru środków terapeutycznych na etapie opracowywania programów zdrowotnych.

4. Analizy wymagają projektowane zasady zawierania pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, pod kątem zgodności z wymogami dyrektywy 92/50/EWG z 18 czerwca 1992 r. dotyczącą koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na usługi oraz dyrektywy 89/665/EWG z dnia 21 grudnia 1989 r. koordynującej przepisy i regulacje administracyjne dotyczące stosowania procedur odwoławczych w udzielaniu zamówień publicznych. Projekt wprowadza w powyższym zakresie regulacje dotyczące opisywania przedmiotu zamówienia oraz wdraża obowiązki publikacyjne, zgodnie z wymogami określonymi w przepisach wspólnotowych w obszarze zamówień publicznych. Projekt nakłada również na podmiot realizujący procedurę zamówień publicznych obowiązek stosowania do opisu przedmiotu zamówienia nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002/WE z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n.).

5. Istotną wydaje się również kwestia oceny zasad uzyskiwania i przetwarzania przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych osobowych osób ubezpieczonych przekazywanych przez świadczeniodawców pod kątem zgodności z wymogami dyrektywy 95/46/WE z dnia 24 października 1995 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych oraz swobodnego przepływu tych danych. Przeprowadzona w powyższym zakresie analiza nie daje podstaw do zgłoszenia zastrzeżeń, co do zgodności z *acquis*.

6. W konkluzji pozwalam sobie stwierdzić, iż przedstawiony projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zgodny z prawem Unii Europejskiej, z zastrzeżeniem konieczności przygotowania odrębnego projektu ustawy uwzględniającego pełne dostosowanie przepisów prawa polskiego do prawa Unii Europejskiej w zakresie wskazanym w pkt. 3 opinii.

Z poważaniem,
Zup. Sekretarza Komitetu
Integracji Europejskiej
PODSEKRETARZ STANU

Do uprzejmej wiadomości:
Pan Jerzy Hausner
Wiceprezes Rady Ministrów
Minister Zdrowia

Tomasz Nowakowski

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia2004 r.

w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa

Na podstawie art. 15 ust. 3 ustawy z dnia2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr, poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz, zakres i tryb udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) tryb przekazywania środków publicznych na realizację tych świadczeń;
- 3) sposób ustalania ceny tych świadczeń oraz ich finansowania;
- 4) podmioty sprawujące ocenę ich jakości.

§ 2. 1. Wykaz świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w § 1 pkt 1, jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Zakres świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w § 1 ust. 1, oraz szczegółowy tryb ich udzielania jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Świadczenia wysokospecjalistyczne, o których mowa w § 2 ust. 1, zwane dalej "świadczeniami zdrowotnymi", są udzielane przez świadczeniodawców, z którymi minister właściwy do spraw zdrowia, zwany dalej "ministrem", zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń.

§ 4. 1. Świadczenia wysokospecjalistyczne są udzielane przez świadczeniodawcę na podstawie skierowania, po dokonaniu ostatecznej kwalifikacji pacjenta i ustaleniu kolejności udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych na podstawie kryteriów medycznych.

2. W przypadku ograniczonych możliwości udzielenia świadczeń wysokospecjalistycznych świadczeniodawca prowadzi listę osób oczekujących na udzielenie określonego świadczenia wysokospecjalistycznego.

3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do osób oczekujących na udzielenie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 1-10, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie określonych komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

4. Świadczeniodawca udostępnia na wniosek pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub upoważnionej przez niego osoby informacje o przyjętych kryteriach medycznych udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych.

§ 5. 1. Przekazanie środków publicznych świadczeniodawcy następuje na podstawie umowy o udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, zwanej dalej "umową".

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. Nr 106, poz. 1131).

2. Środki publiczne, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca przeznacza wyłącznie na pokrycie kosztów związanych z realizacją umowy.

§ 6. 1. Świadczeniodawca otrzymuje środki publiczne za udzielone w danym miesiącu świadczenia wysokospecjalistyczne na podstawie miesięcznego rozliczenia merytorycznego i finansowego, sporządzonego według wzoru określonego w umowie, oraz faktury, złożonych w terminie do siódmego dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który następuje rozliczenie.

2. Środki publiczne są przekazywane w terminie 14 dni od dnia zatwierdzenia pod względem merytorycznym i finansowym rozliczenia, o którym mowa w ust. 1.

3. Środki publiczne są przekazywane na rachunek bankowy świadczeniodawcy, wskazany w umowie.

4. W przypadku dokonania korekty rozliczeń oraz faktury, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca składa ją wraz ze szczegółowym uzasadnieniem przyczyny jej sporządzenia niezwłocznie po stwierdzeniu nieprawidłowości.

5. W przypadku konieczności dokonania zwrotu przekazanych wcześniej środków finansowych, wynikającego z dokonanej korekty, o której mowa w ust. 4, świadczeniodawca zwraca te środki na rachunek bankowy ministerstwa obsługującego ministra w terminie 7 dni od dnia sporządzenia korekty i wystawienia faktury korygującej.

6. Środki finansowe, o których mowa w § 5 ust. 1, w części wykorzystanej niezgodnie z przeznaczeniem, świadczeniodawca zwraca wraz z ustawowymi odsetkami na rachunek bankowy ministerstwa obsługującego ministra w terminie 7 dni od dnia stwierdzenia nieprawidłowości.

7. W przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy świadczeniodawca składa końcowe rozliczenie umowy za okres jej obowiązywania w terminie do piętnastego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym rozwiązano umowę.

8. Rozliczenia składa się w wersji pisemnej i na elektronicznych nośnikach informacji.

9. Świadczeniodawca prowadzi odrębną ewidencję księgową dla świadczeń wysokospecjalistycznych udzielanych na podstawie umowy.

§ 7. 1. Przed zawarciem umów o udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 1-11, minister występuje do Krajowej Rady Transplantacyjnej, zwanej dalej "Radą", o opinię.

2. Umowy o udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 12-18, minister zawiera ze świadczeniodawcami wyłonionymi w drodze konkursu ofert.

§ 8. 1. W opinii, o której mowa w § 7 ust. 1, Rada proponuje kryteria podziału środków finansowych planowanych na następny rok kalendarzowy na poszczególne świadczenia wysokospecjalistyczne, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 1-11, uwzględniając w szczególności liczbę osób wpisanych na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie określonych komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, oraz liczbę świadczeniodawców, którzy spełniają warunki pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, określone w tych przepisach.

2. Rada przedkłada ministrowi opinię, o której mowa w § 7 ust. 1, w terminie do dnia 15 listopada roku poprzedzającego rok, w którym świadczeniodawca ma rozpocząć udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 1-11.

§ 9. W przypadku nieprzedstawienia przez Radę opinii w terminie, o którym mowa w § 8 ust. 2, świadczeniodawców, z którymi ma zostać zawarta umowa o udzielenie świadczeń

wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 1-11, wskazuje minister, biorąc pod uwagę świadczeniodawców, którzy:

- 1) spełniają warunki pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, określone w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów;
- 2) liczbę osób wpisanych na listy osób oczekujących na przeszczepienie określonych komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów;
- 3) wysokość środków finansowych planowanych na te świadczenia wysokospecjalistyczne na następny rok kalendarzowy.

§ 10. Umowy o udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 1-11, minister zawiera w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w którym świadczeniodawca ma rozpocząć udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych.

§ 11. 1. Ogłoszenie o konkursie ofert wraz z zaproszeniem do składania ofert zamieszcza się w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim, na tablicy ogłoszeń w siedzibie ministerstwa obsługującego ministra oraz na jego stronach internetowych, nie później niż do dnia 15 października roku poprzedzającego rok, w którym świadczeniodawca ma rozpocząć udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 12-18.

2. W ogłoszeniu określa się w szczególności:

- 1) przedmiot konkursu obejmujący:
 - a) rodzaj i zakres świadczeń wysokospecjalistycznych, na których udzielanie ma być zawarta umowa,
 - b) czas, na który zostanie zawarta umowa, w tym termin rozpoczęcia udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych,
 - c) warunki konieczne do realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych,
 - d) wymóg wykonywania świadczeń wysokospecjalistycznych w siedzibie świadczeniodawcy;
- 2) miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, w tym z projektem umowy;
- 3) miejsce i termin składania ofert;
- 4) miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu;
- 5) zastrzeżenie o prawie do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert;
- 6) informację o możliwości składania skarg i protestów dotyczących konkursu ofert;
- 7) kryteria oceny ofert.

§ 12. 1. Oferta zawiera w szczególności:

- 1) dane o oferencie, w tym nazwę i siedzibę świadczeniodawcy oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu;
- 2) określenie warunków lokalowych i wyposażenia w wyroby medyczne;
- 3) wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 4) informację o liczbie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 12-18, udzielonych w poprzednich dwóch latach, oraz ich wynikach - jeżeli świadczeniodawca takich świadczeń wysokospecjalistycznych udzielał;
- 5) informację o posiadanych certyfikatach jakości (ISO 9001) i certyfikatach akredytacyjnych;
- 6) informację o proponowanej liczbie świadczeń wysokospecjalistycznych i cenach świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 12-18, wraz z kalkulacją cenową, sporządzoną według wzoru określonego w materiałach szczegółowych do konkursu ofert.

2. Oferty składa się na udostępnionych przez ministerstwo obsługujące ministra formularzach oferty.

§ 13. Oferty składa się w zamkniętej kopercie, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, w miejscu i czasie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert.

§ 14. Oferty rozpatruje się w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia, w którym upłynął termin do ich złożenia.

§ 15. 1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert minister powołuje komisję konkursową w składzie co najmniej 3 członków i wyznacza spośród nich przewodniczącego.

2. Do komisji nie może być powołana albo podlega wyłączeniu osoba będąca małżonkiem, krewnym lub powinowatym oferenta albo pozostająca wobec niego w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który może budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności. Wyłączenia i powołania nowego członka komisji konkursowej dokonuje minister.

3. Komisja konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

§ 16. 1. Komisja konkursowa, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje kolejno następujących czynności:

- 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert;
- 2) ustala, które z ofert spełniają wymagania określone w § 12;
- 3) odrzuca oferty nieodpowiadające wymaganiom określonym w § 12 lub zgłoszone po wyznaczonym terminie;
- 4) ogłasza oferentom, które z ofert spełniają wymagania określone w § 12 i które zostały odrzucone;
- 5) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów;
- 6) wybiera najkorzystniejsze oferty, ustala liczbę i cenę przyznanych świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 12-18.

2. Komisja konkursowa w czasie przeprowadzania konkursu przyjmuje i rozstrzyga skargi oferentów.

§17. 1. Minister unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, gdy:

- 1) nie wpłynęła żadna oferta;
- 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu;
- 3) odrzucono wszystkie oferty;
- 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą minister przeznaczył na finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, jeżeli nie można było tego 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 wpłynęło ich więcej.

§ 18. Z przebiegu konkursu sporządza się protokół, który zawiera:

- 1) oznaczenie miejsca i czasu konkursu;
- 2) imiona i nazwiska członków komisji konkursowej;
- 3) liczbę zgłoszonych ofert;
- 4) wskazanie ofert odpowiadających wymaganiom określonym w § 12;

- 5) wskazanie ofert nieodpowiadających wymaganiom określonym w § 12 lub zgłoszonych po terminie - wraz z uzasadnieniem;
- 6) wyjaśnienia i oświadczenia oferentów;
- 7) wskazanie najkorzystniejszych ofert, ustalenie liczby przyznanych świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 12-18, oraz ich ceny;
- 8) wzmiankę o odczytaniu protokołu;
- 9) podpisy członków komisji.

§ 19. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na tablicy ogłoszeń w siedzibie ministerstwa obsługującego ministra i na jego stronie internetowej.

§ 20. 1. Oferent może złożyć ministrowi na piśmie umotywowany protest dotyczący wyniku konkursu w terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w § 18.

2. Minister rozstrzyga protest nie później niż w terminie 7 dni od dnia jego wniesienia.

3. Minister nie może zawrzeć umów o udzielenie świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 12-18, do czasu upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, lub w przypadku wniesienia protestu - do czasu jego rozpatrzenia.

§ 21. Minister zawiera umowy z wybranymi przez komisję konkursową oferentami w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert, z zastrzeżeniem terminów, o których mowa w § 20 ust. 3, jednak nie później niż do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w którym świadczeniodawca ma rozpocząć udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych.

§ 22. Umowa zawiera w szczególności:

- 1) oznaczenie stron umowy;
- 2) określenie rodzaju i liczby świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 3) określenie sposobu zgłaszania się i rejestracji świadczeniobiorców oraz organizacji udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 4) określenie okresu, na który jest zawierana umowa;
- 5) zobowiązanie świadczeniodawcy do poddania się kontroli przeprowadzanej przez ministra;
- 6) tryb rozliczeń oraz terminy przekazywania należności na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 7) zakres, formę i termin przekazywania ministrowi informacji o realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych, w tym wykazu pacjentów, którym udzielono świadczeń wysokospecjalistycznych, oraz listy osób oczekujących na udzielenie określonego świadczenia wysokospecjalistycznego, o których mowa w § 4 ust. 2;
- 8) postanowienia dotyczące okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia albo rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia.

§ 23. Ceny świadczeń wysokospecjalistycznych ustala się, biorąc pod uwagę cenę proponowaną przez oferenta w informacji, o której mowa w § 12 ust. 1 pkt 6, oraz średnie koszty poszczególnych świadczeń wysokospecjalistycznych określone przez ministra.

§ 24. 1. Ocenę jakości świadczeń wysokospecjalistycznych sprawuje minister, z wyjątkiem oceny jakości świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia w lp. 1-11, która jest sprawowana przez Radę zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

2. Rada przedkłada ministrowi co 6 miesięcy sprawozdanie z oceny jakości świadczeń wysokospecjalistycznych.

§ 25. Umowy zawarte na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2003 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa (Dz. U. Nr 206 poz. 2009 z 4 grudnia 2003r.) zachowują moc na czas, na jaki zostały zawarte.

§ 26. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r²⁾.

MINISTER ZDROWIA

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2003 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa (Dz. U. Nr 206, poz. 2009).

**Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia2004 r. (poz. ...)**

ZALĄCZNIK Nr 1

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH FINANSOWANYCH Z
BUDŻETU PAŃSTWA**

| Lp. | Świadczenia wysokospecjalistyczne |
|-----|---|
| 1 | Przeszczepienie autologicznego szpiku |
| 2 | Przeszczepienie allogenicznego szpiku od rodzeństwa identycznego w HLA |
| 3 | Przeszczepienie allogenicznego szpiku od dawcy alternatywnego* |
| 4 | Przeszczepienie wątroby |
| 5 | Przeszczepienie nerki |
| 6 | Przeszczepienie nerki i trzustki |
| 7 | Przeszczepienie serca |
| 8 | Przeszczepienie płuca |
| 9 | Przeszczepienie serca i płuca |
| 10 | Przeszczepienie rogówki |
| 11 | Leczenie immunosupresyjne po przeszczepieniu narządu unaczynionego lub szpiku |
| 12 | Operacje wad wrodzonych serca u niemowląt |
| 13 | Immunoablacja w leczeniu aplazji szpiku |
| 14 | Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym |
| 15 | Radioterapia przy zastosowaniu specjalnej techniki naświetlania: stereotaktyczna konformalna, niekoplanarna |
| 16 | Brachyterapia ze sterotaksją mózgową |
| 17 | Diagnostyczne cewnikowanie serca, biopsja mięśnia sercowego u dzieci do lat 18 |
| 18 | Kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających |

* Obejmuje dawcę niespokrewnionego oraz dawcę rodzinnego nie w pełni zgodnego w HLA, w tym dawcę haploidentycznego.

**ZAKRES ŚWIADCZEŃ WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH FINANSOWANYCH Z BUDŻETU PAŃSTWA ORAZ
SZCZEGÓŁOWY TRYB ICH UDZIELANIA**

| Lp. | Świadczenia wysokospecjalistyczne | Zakres świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa |
|-----|---|--|
| 1 | 2 | 3 |
| 1 | Przeszczepienie autologicznego szpiku ¹⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przygotowanie pacjenta do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania świadczenia i wykonania niezbędnych badań specjalistycznych; 2) hospitalizację pacjenta; 3) opracowanie materiału przeszczepu i przygotowanie go do przeszczepienia; 4) wykonanie zabiegu przeszczepienia autologicznego szpiku lub autologicznych komórek krwiotwórczych z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych, odpowiednich produktów leczniczych; 5) leczenie pacjenta w ośrodku przeszczepowym w okresie do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia; 6) ocenę wyniku 7) działalność pomocniczą²⁾ |
| 2 | Przeszczepienie allogenicznego szpiku rodzeństwa identycznego w HLA | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przygotowanie pacjenta do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania świadczenia i wykonania niezbędnych badań specjalistycznych; 2) hospitalizację biorcy i ewentualną hospitalizację dawcy; 3) pobranie komórek krwiotwórczych, opracowanie materiału przeszczepu i przygotowanie go do przeszczepienia; 4) wykonanie zabiegu przeszczepienia allogenicznego szpiku lub allogenicznych komórek krwiotwórczych od spokrewnionego dawcy identycznego w HLA z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych, odpowiednich produktów leczniczych; 5) leczenie pacjenta w ośrodku przeszczepowym w okresie do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia; 6) ocenę wyniku; 7) działalność pomocniczą²⁾ |
| 3 | Przeszczepienie szpiku od dawcy alternatywnego ³⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przygotowanie pacjenta do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania świadczenia i wykonania niezbędnych badań specjalistycznych; |

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 2) hospitalizację biorcy; 3) pokrycie kosztów opłaty dla ośrodka dawcy niespokrewnionego i sprowadzenia materiału z ośrodka dawcy, a w przypadku innych dawców hospitalizacja i pobranie przeszczepu; 4) opracowanie materiału przeszczepu i przygotowanie go do przeszczepienia; 5) wykonanie zabiegu przeszczepienia allogenicznego szpiku lub allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych, odpowiednich produktów leczniczych; 6) leczenie pacjenta w ośrodku przeszczepowym w okresie do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia; 7) ocenę wyniku; 8) działalność pomocniczą²⁾ |
| 4 | Przeszczepienie wątroby ⁴⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identyfikację dawcy, komisyjne orzeczenie zgonu; 2) hospitalizację dawcy w okresie od stwierdzenia śmierci mózgowej do pobrania narządu, wraz z czynnościami polegającymi na podtrzymywaniu czynności narządów; 3) pobranie wątroby; 4) transport i przechowywanie wątroby lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia; 5) typowanie tkankowe; 6) przygotowanie biorcy do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy; 7) przygotowanie dawcy i pobranie części wątroby od dawcy żywego wraz z leczeniem dawcy po zabiegu lub nawiązanie odpowiedniej współpracy z ośrodkiem dawcy (w przypadku przeszczepienia od żywego dawcy); 8) wykonanie zabiegu przeszczepienia wątroby z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych, odpowiednich produktów leczniczych; 9) leczenie pacjenta w okresie pooperacyjnym do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia; 10) ocenę wyniku;; 11) działalność pomocniczą²⁾ |
| 5 | Przeszczepienie nerki ⁵⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identyfikację dawcy, komisyjne orzeczenie zgonu; 2) hospitalizację dawcy w okresie od stwierdzenia śmierci mózgowej do pobrania narządu, wraz z czynnościami polegającymi na |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>podtrzymywaniu czynności narządów;</p> <p>3) pobranie nerek;</p> <p>4) transport i przechowywanie nerki lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia;</p> <p>5) typowanie tkankowe;</p> <p>6) przygotowanie dawcy i pobranie nerki wraz z leczeniem dawcy po zabiegu lub nawiązanie odpowiedniej współpracy z ośrodkiem pobierającym nerkę od żywego dawcy;</p> <p>7) przygotowanie pacjenta do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy;</p> <p>8) wykonanie zabiegu przeszczepienia nerki z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych, odpowiednich produktów leczniczych;</p> <p>9) leczenie pacjenta w okresie pooperacyjnym do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia;</p> <p>10) ocenę wyniku;</p> <p>11) działalność pomocniczą²⁾</p> |
| 6 | Przeszczepienie nerki i trzustki ⁶⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <p>1) identyfikację dawcy, komisyjne orzeczenie zgonu;</p> <p>2) hospitalizację dawcy w okresie od stwierdzenia śmierci mózgowej do pobrania narządu, wraz z czynnościami polegającymi na podtrzymywaniu czynności narządów;</p> <p>3) pobranie nerki i trzustki;</p> <p>4) transport i przechowywanie trzustki lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia;</p> <p>5) typowanie tkankowe;</p> <p>6) przygotowanie pacjenta do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy;</p> <p>7) wykonanie zabiegu przeszczepienia nerki i trzustki z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych, odpowiednich produktów leczniczych;</p> <p>8) leczenie pacjenta w okresie pooperacyjnym do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia;</p> <p>9) ocenę wyniku;</p> <p>10) działalność pomocniczą²⁾</p> |
| 7 | Przeszczepienie serca ⁷⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <p>1) identyfikację dawcy, komisyjne orzeczenie zgonu;</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 2) hospitalizację dawcy w okresie od stwierdzenia śmierci mózgowej do pobrania narządu, wraz z czynnościami polegającymi na podtrzymywaniu czynności narządów; 3) pobranie serca; 4) transport i przechowywanie serca lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia; 5) typowanie tkankowe; 6) przygotowanie pacjenta do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy; 7) wykonanie zabiegu przeszczepienia serca z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych, odpowiednich produktów leczniczych; 8) leczenie pacjenta w okresie pooperacyjnym do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia; 9) ocenę wyniku; 10) działalność pomocniczą²⁾ |
| 8 | Przeszczepienie płuca ⁸⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identyfikację dawcy, komisyjne orzeczenie zgonu; 2) hospitalizację dawcy w okresie od stwierdzenia śmierci mózgowej do pobrania narządu, wraz z czynnościami polegającymi na podtrzymywaniu czynności narządów; 3) pobranie płuca; 4) transport i przechowywanie płuca lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia; 5) typowanie tkankowe; 6) przygotowanie pacjenta do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy; 7) wykonanie zabiegu przeszczepienia nerki z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych, odpowiednich produktów leczniczych; 8) leczenie pacjenta w okresie pooperacyjnym do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia; 9) ocenę wyniku; 10) działalność pomocniczą²⁾ |
| 9 | Przeszczepienie serca i płuca ⁹⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identyfikację dawcy, komisyjne orzeczenie zgonu; 2) hospitalizację dawcy w okresie od stwierdzenia śmierci mózgowej |

| | | |
|----|-------------------------|--|
| | | <p>do pobrania narządu wraz z czynnościami polegającymi na podtrzymywaniu czynności narządów;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) pobranie serca i płuca; 4) transport i przechowywanie serca i płuca lub nawiązanie współpracy z ośrodkiem dawcy i sprowadzenie narządu do przeszczepienia; 5) typowanie tkankowe; 6) przygotowanie pacjenta do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania procedury, włączając w to transport biorcy; 7) wykonanie zabiegu przeszczepienia serca i płuca z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych, odpowiednich produktów leczniczych; 8) leczenie pacjenta w okresie pooperacyjnym do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia; 9) ocenę wyniku; 10) działalność pomocniczą²⁾ |
| 10 | Przeszczepienie rogówki | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przygotowanie pacjenta do przeszczepienia od chwili przyjęcia do ośrodka przeszczepowego w celu wykonania świadczenia i wykonania niezbędnych badań specjalistycznych; 2) nawiązanie współpracy z Bankiem Tkanek Oka i sprowadzenie materiału do przeszczepienia; 3) przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego; 4) wykonanie zabiegu przeszczepu drażącego rogówki z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych i odpowiednich produktów leczniczych; 5) wykonanie wieloproceduralnego zabiegu przeszczepu drażącego rogówki z jednoczesnym usunięciem zaćmy i wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych i odpowiednich produktów leczniczych; 6) wykonanie zabiegu przeszczepu drażącego rogówki z jednoczesnym przeszczepem rąbkowym z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych i odpowiednich produktów leczniczych; 7) wykonanie zabiegu przeszczepu rąbkowego rogówki z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych i odpowiednich produktów leczniczych; 8) wykonanie zabiegu przeszczepu warstwowego rogówki z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych i odpowiednich produktów leczniczych; 9) wykonanie zabiegu przeszczepu rogówki leczniczego pełnej grubości, z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych i odpowiednich produktów leczniczych; |

| | | |
|----|--|--|
| | | <p>10) wykonanie zabiegu keratoprotezowania z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych i odpowiednich produktów leczniczych;</p> <p>11) leczenie pacjenta pooperacyjne do 30 dni od daty wykonania przeszczepienia;</p> <p>12) ocenę wyniku.</p> |
| 11 | Leczenie immunosupresyjne po przeszczepieniu narządu unaczynionego lub szpiku ¹⁰⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) produkty lecznicze immunosupresyjne, z wyjątkiem leków immunosupresyjnych wydawanych na podstawie recepty lekarskiej dla kontynuowania leczenia szpitalnego; 2) monitorowanie poziomu leków immunosupresyjnych; 3) stosowanie innych leków koniecznych dla utrzymania czynności narządu; 4) konsultacje specjalistyczne, niezbędne badania diagnostyczne związane z leczeniem immunosupresyjnym; 5) wizyty ambulatoryjne wraz z wykonywaniem podstawowych badań biochemicznych, wirusologicznych, bakteriologicznych i obrazowych; 6) dodatkowe zabiegi operacyjne lub diagnostyczne, niezbędne hospitalizacje (dotyczy przeszczepienia narządu unaczynionego) związane z przeszczepieniem, leczenie powikłań immunosupresji, leczenie związane ze stanem immunosupresji (dotyczy przeszczepień szpiku); 7) hospitalizacje w przypadku pogorszenia czynności przeszczepu i leczenie powikłań immunosupresji; 8) ocenę wyniku. |
| 12 | Operacje wad wrodzonych serca u niemowląt ¹¹⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przygotowanie pacjenta do zabiegu od chwili przekazania na blok operacyjny; 2) znieczulenie ogólne; 3) wykonanie zabiegu bez użycia krążenia pozaustrojowego; 4) wykonanie zabiegu w krążeniu pozaustrojowym bez użycia leczniczego środka technicznego lub zabieg z użyciem leczniczego środka technicznego o wartości znacznie mniejszej od wartości zastawki mechanicznej; 5) wykonanie zabiegu w krążeniu pozaustrojowym z użyciem zastawki mechanicznej; 6) wykonanie zabiegu w krążeniu pozaustrojowym bez użycia leczniczego środka technicznego lub zabieg z użyciem leczniczego środka technicznego o wartości znacznie większej od wartości zastawki mechanicznej; 7) zabieg w krążeniu pozaustrojowym z użyciem przeszczepu biologicznego lub syntetycznego; |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | | <p>8) pobyt w oddziale intensywnej opieki pooperacyjnej (do ukończenia 2,5 doby po zabiegu);</p> <p>9) ocenę wyniku.</p> |
| 13 | Immunoablacja leczenia aplazji szpiku | w | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <p>1) ustalenie rozpoznania;</p> <p>2) ocenę braku celowości wykonania przeszczepienia szpiku;</p> <p>3) wykluczenie toksycznej etiologii aplazji szpiku;</p> <p>4) ocenę stanu klinicznego i wykonanie niezbędnych badań specjalistycznych;</p> <p>5) dobór schematu leczenia;</p> <p>6) zastosowanie immunoablacji według indywidualnie dobranego schematu leczenia, w tym surowicy antylimfocytarnej, antytymocytarnej, cyklosporyny i innych produktów leczniczych (za koniec procesu leczniczego uznaje się uzyskanie korzystnej lub niekorzystnej odpowiedzi układu krwiotwórczego);</p> <p>7) ocenę wyniku.</p> |
| 14 | Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym ¹²⁾ | | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <p>1) przygotowanie pacjenta do zabiegu od chwili przekazania na blok operacyjny;</p> <p>2) znieczulenie ogólne;</p> <p>3) krążenie pozaustrojowe;</p> <p>4) wykonanie zabiegu na sercu i/lub aorcie bez zastosowania środka technicznego lub z użyciem środków technicznych o wartości niższej od wartości zastawki mechanicznej;</p> <p>5) wykonanie zabiegu na sercu i/lub aorcie z zastosowaniem jednej zastawki mechanicznej lub innych środków technicznych o łącznej wartości porównywalnej z ceną zastawki mechanicznej;</p> <p>6) wykonanie zabiegu na sercu i aorcie z zastosowaniem dwóch zastawek mechanicznych lub innych środków technicznych o łącznej wartości porównywalnej do uśrednionej wartości dwóch zastawek mechanicznych oraz wszystkich reoperacji dzieci do lat 18 (z wyjątkiem ASD), a także zabiegi trombendarterektomii płucnej u chorych z przewlekłą zatorowością płucną (zestaw do krążenia pozaustrojowego nie jest uwzględniany w cenie zastosowanych środków technicznych);</p> <p>7) wykonanie zabiegu na sercu i/lub aorcie z zastosowaniem zastawek mechanicznych i/lub innych środków technicznych o łącznej wartości przekraczającej wartość dwóch zastawek mechanicznych;</p> <p>8) pobyt w oddziale intensywnej opieki pooperacyjnej (36 godzin lub dłużej w przypadku chorych poddanych zabiegowi z bardzo wysokim ryzykiem wg. skali EUROSCORE – powyżej 9 punktów);</p> <p>9) ocenę wyniku.</p> |

| | | |
|----|---|--|
| 15 | Radioterapia przy zastosowaniu specjalnej techniki naświetlania: stereotaktyczna konformalna, niekoplanarna | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocenę kliniczną i kwalifikację do zabiegu; 2) planowanie radioterapii; 3) wstępną symulację; 4) audyt wewnętrzny; 5) dobór osłon indywidualnych i resymulację; 6) pełen cykl naświetlania; 7) kontrolę reakcji guza i odczynów popromiennych; 8) zakończenie pełnego cyklu leczenia, kontrolę i ocenę efektu; 9) kontrolę jakości linii terapeutycznej z kalibracją |
| 16 | Brachyterapia ze sterotaksją mózgową | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ocenę kliniczną i kwalifikację do zabiegu; 2) przestrzenną rekonstrukcję obszaru guza nowotworowego i krytycznych narządów zdrowych; 3) oznaczenie obszarów GTV, CTV, PTV - z uwzględnieniem narządów krytycznych i ich możliwości; 4) trójwymiarowe planowanie leczenia udokumentowane histogramem rozkładu dawki w objętości; 5) zatwierdzenie planu leczenia, sposobu frakcjonowania dawki promieniowania; 6) wprowadzenie źródeł radioaktywnych; 7) audyt wewnętrzny; 8) realizację cyklu ekspozycji; 9) zakończenie leczenia, kontrolę i ocenę efektu wykonanego świadczenia; |
| 17 | Diagnostyczne cewnikowanie serca, biopsja mięśnia sercowego u dzieci do lat 18 ¹³⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne - diagnostyczne cewnikowanie serca obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) znieczulenie ogólne pacjenta; 2) wykonanie detalicznych badań hemodynamicznych oraz angiograficznych z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych; 3) wykonanie badań w trakcie prób farmakologicznych; 4) opis badania zawierający rozpoznanie ostateczne. <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne - biopsja mięśnia sercowego obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) znieczulenie ogólne pacjenta; |

| | | |
|----|--|--|
| | | <p>2) pobranie wycinków z różnych punktów komory;</p> <p>3) wykonanie detalicznych badań hemodynamicznych oraz angiograficznych z zastosowaniem koniecznych leczniczych środków technicznych;</p> <p>4) opis badania z uwzględnieniem badania histologicznego, histochemicznego</p> |
| 18 | Kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających ¹⁴⁾ | <p>Świadczenie wysokospecjalistyczne obejmuje:</p> <p>1) przygotowanie pacjenta do zabiegu od chwili przekazania na blok operacyjny;</p> <p>2) znieczulenie ogólne pacjenta;</p> <p>3) wykonanie zabiegu naprawczego o charakterze leczenia ostatecznego lub paliatywnego przy użyciu odpowiednich środków technicznych;</p> <p>4) wykonanie zabiegu zamknięcia wrodzonych ubytków przegrody międzyprzedsionkowej, wybranych ubytków międzykomorowych, dużych pozasercowych połączeń naczyniowych;</p> <p>5) rejestrację przebiegu zabiegu;</p> <p>6) badanie hemodynamiczne lub angiograficzne;</p> <p>7) monitorowanie echokardiograficzne przebiegu zabiegu;</p> <p>8) bezpośrednią ocenę efektu hemodynamicznego i anatomicznego wykonanego zabiegu;</p> <p>9) opis zabiegu.</p> |

¹⁾ Świadczenie nie obejmuje mobilizacji komórek krwiotwórczych, ich pobrania i przechowywania do czasu przeszczepienia, gdyż czynności te w wielu przypadkach nie kończą się wykonaniem przeszczepienia.

²⁾ Przez pojęcie działalności pomocniczej rozumie się:

- a) łączność telefoniczną niezbędną do koordynacji,
- b) transport zespołu pobierającego narząd,
- c) ubezpieczenie zespołu na okres transportu,
- d) transport biorcy z miejsca zamieszkania do ośrodka przeszczepowego,
- e) transport zespołu przeszczepowego,
- f) prowadzenie listy biorców i współpraca z podmiotami prowadzącymi krajowe listy biorców,
- g) identyfikację dawcy i pobranie narządu w przypadku, gdy nie dochodzi do przeszczepienia,

³⁾ Świadczenie wysokospecjalistyczne nie obejmuje poszukiwania dawców.

⁴⁾ Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców, którzy mogą być zdyskwalifikowani.

⁵⁾ Świadczenie wysokospecjalistyczne nie obejmuje wstępnej kwalifikacji żywego dawcy, który może być zdyskwalifikowany.

⁶⁾ Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców, którzy mogą być zdyskwalifikowani.

⁷⁾ Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców, którzy mogą być zdyskwalifikowani.

⁸⁾ Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców, którzy mogą być zdyskwalifikowani.

⁹⁾ Świadczenie nie obejmuje wstępnej kwalifikacji biorców, którzy mogą być zdyskwalifikowani.

¹⁰⁾ Świadczenie nie obejmuje leczenia i diagnostyki schorzeń niezwiązanych przyczynowo z wykonanym przeszczepieniem i immunosupresją oraz hospitalizacji chorego po przeszczepie, z wyłączeniem leczenia immunosupresyjnego.

¹¹⁾ Świadczenie nie obejmuje czynności zrealizowanych przed przekazaniem pacjenta na blok operacyjny oraz po zakończeniu intensywnej opieki pooperacyjnej.

- 12) Świadczenie nie obejmuje czynności zrealizowanych przed przekazaniem pacjenta na blok operacyjny oraz po zakończeniu intensywnej opieki pooperacyjnej.
- 13) Świadczenie nie obejmuje czynności zrealizowanych przed przekazaniem pacjenta do pracowni hemodynamicznej oraz po zakończeniu procedury, w momencie przekazania pacjenta do oddziału.
- 14) Świadczenie nie obejmuje czynności zrealizowanych przed przekazaniem pacjenta na blok operacyjny oraz po zakończeniu intensywnej opieki pooperacyjnej.

Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia zawartego w art. 15 ust. 3 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U., poz.).

Świadczenia wysokospecjalistyczne finansowane z budżetu państwa, zawarte w załączniku nr 1 do projektu rozporządzenia, spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) ponad regionalność udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 2) wysoki stopień złożoności technologicznej czynności medycznych koniecznych do udzielenia świadczenia zdrowotnego,
- 3) podatność na monitorowanie procesu realizacji.

Zakres świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa został określony w załączniku nr 2 do projektowanego rozporządzenia. Określając zakres poszczególnych świadczeń wysokospecjalistycznych wskazano czynności, jakie zazwyczaj składają się na proces udzielenia danego świadczenia wysokospecjalistycznego. W przypadku, gdy istnieją czynności ściśle związane z udzieleniem danego świadczenia, bez dokonania których udzielenie świadczenia nie byłoby możliwe, ale nie są one finansowane z budżetu państwa, w odnośniku do poszczególnych świadczeń wysokospecjalistycznych określono te czynności w celu podania pełnej informacji o zakresie danego świadczenia zdrowotnego.

Tryb udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych został określony w § 4 oraz w załączniku nr 2 do projektu.

W projekcie przyjęto, że - tak jak dotychczas - świadczenia będą udzielane przez świadczeniodawców, z którymi minister właściwy do spraw zdrowia zawarł umowę o udzielanie tych świadczeń.

Zawarcie umów o udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych w odniesieniu do świadczeń wysokospecjalistycznych, o których mowa w lp. 12-18 załącznika nr 1 do projektowanego rozporządzenia, będzie poprzedzone konkursem ofert, którego warunki, sposób przeprowadzenia i rozstrzygnięcia zostały szczegółowo określone w projekcie.

Ze względu na specyfikę świadczeń wysokospecjalistycznych z zakresu transplantologii szpiku i narządów unaczynionych, które są wymienione w załączniku poz. 1-11, podpisanie umów przez ministra właściwego do spraw zdrowia będzie poprzedzone opinią Krajowej Rady Transplantacyjnej (która jest organem doradczym i opiniodawczym ministra w zakresie przeszczepiania tkanek, komórek i narządów).

W projekcie określono także najważniejsze elementy, które muszą się znaleźć w umowie o udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, z uwzględnieniem odrębności istniejących przy udzielaniu świadczeń, o których mowa w lp. 1-11 oraz w lp. 12-18 załącznika nr 1 do projektu rozporządzenia.

Terminy ogłoszenia i przeprowadzenia konkursu zostały określone tak, aby świadczeniodawcy od dnia 1 stycznia każdego roku mogli, rozpocząć udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, gdyż zawarcie umów ma nastąpić nie później niż do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w którym świadczeniodawca ma udzielać świadczeń wysokospecjalistycznych.

Określając sposób ustalenia ceny świadczeń wysokospecjalistycznych wskazano elementy, które należy wziąć pod uwagę przy ustalaniu ceny danego świadczenia jednostkowego.

Środki na realizację świadczeń wysokospecjalistycznych również będą przekazywane na podstawie umowy, którą minister właściwy do spraw zdrowia zawarł ze świadczeniodawcami.

Ocenę jakości świadczeń wysokospecjalistycznych będzie sprawował minister właściwy do spraw zdrowia – planuje się powołanie zespołu ekspertów, natomiast ocena jakości świadczeń wysokospecjalistycznych wymienionych w lp. 1-11 załącznika nr 1 do projektu będzie sprawowana przez Krajową Radę Transplantacyjną, zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1995 r. o przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 138, poz. 682, z 1997 r. Nr 104, poz. 661 i Nr 88, poz. 554 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268).

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa. Wykaz świadczeń wysokospecjalistycznych będzie finansowany z części 46 –Zdrowie.

Umowy o udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, podpisane na podstawie dotychczasowych przepisów tj. rozporządzenia z dnia 19 listopada 2003r w sprawie świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa (Dz.U. Nr 206, poz. 2009 z 4 grudnia 2003r.) zachowają moc na czas na jaki zostały zawarte.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Projektowane rozporządzenie obejmuje zakresem regulacji świadczeniodawców zakwalifikowanych do udzielania świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa.

2. Konsultacje społeczne

Projekt będzie konsultowany z ekspertami w poszczególnych dziedzinach medycyny, z przedstawicielami Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Ponadto zostanie poddany konsultacjom społecznym z następującymi podmiotami i instytucjami: Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Naczelna Rada Aptekarska, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność”, Federacja Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy i Położnych, Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Zdrowotnego, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa. Środki na ten cel zostaną zabezpieczone w budżecie Ministra Zdrowia w rozdz. 85151 – Świadczenia zdrowotne.

Wysokość środków zależy od możliwości finansowych państwa, tym samym brak jest możliwości dokładnego określenia na tym etapie ilości poszczególnych świadczeń. Ponadto należy zwrócić uwagę na fakt, iż niektóre ze świadczeń są nielimitowane, tj.: przeszczepy szpiku u dzieci, przeszczepy nerek, operacje wad wrodzonych serca u niemowląt.

Projektowana regulacja nie będą miały wpływu na budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Świadczenia wysokospecjalistyczne z zakresu transplantologii, kardiologii, kardiologii inwazyjnej dla dzieci do 18 roku życia oraz radioterapii stanowią bardzo ważny element złożonego procesu leczenia chorych z chorobami układu krążenia, nowotworowymi oraz z niewydolnością szpiku lub narządów unaczynionych.

Stopień zaspokojenia potrzeb chorych na świadczenia wysokospecjalistyczne jest uzależniony od wielu czynników. W przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych wymienionych w załączniku nr 1 lp. 1-11 (świadczeń przeszczepowych) głównym czynnikiem ograniczającym zaspokajanie potrzeb chorych jest niewystarczająca liczba dawców. Potrzeby chorych są monitorowane poprzez prowadzenie list osób oczekujących na świadczenia zdrowotne. W pozostałych świadczeniach zdrowotnych prowadzone są starania, aby w miarę posiadanych środków finansowych zabezpieczyć te potrzeby.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia2004 r.

**w sprawie trybu składania i rozpatrywania oraz wzoru wniosku o leczenie lub badania
diagnostyczne poza granicami kraju**

Na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr , poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o wyrażenie ubezpieczonemu zgody przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, zwanej dalej „UE” lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, zwanego dalej „EOG”, w przypadku, o którym mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71/EWG dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5.07.1971), zwanego dalej „wnioskiem”;
- 2) wzór wniosku, o którym mowa w pkt 1.

§ 2. 1. Podstawą wyrażenia przez Prezesa Funduszu zgody na przeprowadzenie leczenia lub badania diagnostycznego jest wniosek wystawiony przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - specjalistę we właściwej dziedzinie medycyny, posiadającego tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego, zwanego dalej "lekarzem".

2. Lekarz opisuje we wniosku aktualny stan zdrowia pacjenta i prawdopodobny dalszy przebieg choroby oraz potwierdza konieczność niezwłocznego przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych wskazanych we wniosku.

3. Lekarz wskazuje we wniosku placówkę opieki medycznej znajdującą się na terytorium jednego z państw członkowskich UE lub EOG, do której proponuje skierować ubezpieczonego na leczenie lub badania diagnostyczne oraz przyjmuje oświadczenie ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego o wyrażeniu zgody na leczenie we wskazanej placówce, złożone w części IV wniosku.

¹⁾ Minister zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1131).

4. Ubezpieczony, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba pisemnie upoważniona przez ubezpieczonego dostarcza lekarzowi przetłumaczoną na język angielski przez tłumacza przysięgłego część II wniosku, zwaną dalej „tłumaczeniem części II wniosku”.

5. Wzór wniosku jest określony w załączniku do rozporządzenia.

§ 3. W terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia otrzymania tłumaczenia części II wniosku, lekarz przekazuje wniosek wraz z tym tłumaczeniem i zgodą ubezpieczonego lub jego przedstawiciela ustawowego do:

- 1) właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „oddziałem wojewódzkim Funduszu” w przypadku, gdy leczenie lub badanie diagnostyczne jest przeprowadzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jednakże nie może być wykonane w terminie zwykle niezbędnym dla jego uzyskania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny, zwanego dalej „konsultantem krajowym”, w celu zaopiniowania, w przypadku, gdy leczenie lub badanie diagnostyczne nie jest przeprowadzane na terytorium kraju.

§ 4.1. W przypadku, o którym mowa w § 3 pkt 2, konsultant krajowy dokonuje oceny wniosku, w szczególności w zakresie udowodnionej skuteczności proponowanego leczenia lub wiarygodności badania diagnostycznego oraz w zakresie braku możliwości wykonania leczenia lub badania w kraju. Dokonując oceny wniosku, konsultant krajowy potwierdza wybraną przez lekarza wystawiającego lub wskazuje inną placówkę opieki medycznej znajdującą się na terytorium jednego z państw członkowskich UE lub EOG, uzasadniając jej wybór, a także, jeżeli istnieje taka potrzeba, wskazuje odpowiedni do stanu ubezpieczonego środek transportu.

2. Zaopiniowany wniosek wraz z tłumaczeniem części II wniosku konsultant krajowy przekazuje w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia jego otrzymania do właściwego dla ubezpieczonego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 5. 1. Oddział wojewódzki Funduszu niezwłocznie dokonuje weryfikacji wniosku i w przypadku stwierdzenia braków formalnych odsyła wniosek wraz z tłumaczeniem części II wniosku lekarzowi w celu ich usunięcia. Jeżeli braki formalne dotyczą jedynie części III wniosku Oddział wojewódzki Funduszu odsyła wniosek konsultantowi krajowemu w celu usunięcia braków.

2. Oddział wojewódzki Funduszu może wybrać inną niż wskazana we wniosku zagraniczną placówkę opieki medycznej, po uzgodnieniu zmiany z konsultantem krajowym w terminie 7 dni od dnia otrzymania wniosku, jeżeli stwierdzi, że placówka ta właściwie przeprowadzi leczenie lub badania diagnostyczne.

3. Oddział Wojewódzki Funduszu przesyła wybranej zagranicznej placówce opieki medycznej tłumaczenie części II wniosku i uzgadnia z tą placówką koszt leczenia lub badań diagnostycznych.

4. Po uzgodnieniu kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, w terminie 2 dni roboczych oddział wojewódzki Funduszu sporządza wstępny kosztorys i wraz z wnioskiem oraz tłumaczeniem części II wniosku przekazuje Prezesowi Funduszu.

§ 6. 1. Prezes Funduszu, w terminie 7 dni od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w § 5 ust. 4, wyraża zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badania diagnostycznego ubezpieczonego w innym państwie członkowskim UE lub EOG albo odmawia jej wyrażenia podając pisemne uzasadnienie, poprzez wypełnienie części V wniosku.

2. Prezes Funduszu, po wyrażeniu zgody lub odmowie jej wyrażenia, przesyła niezwłocznie dokumenty, o których mowa w § 5 ust. 4, do oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 7. Oddział wojewódzki Funduszu w przypadku wyrażenia przez Prezesa Funduszu zgody:

- 1) wypełnia i poświadcza dwa egzemplarze „Zaświadczenia dotyczącego zachowania prawa do aktualnie przysługujących świadczeń z tytułu ubezpieczenia chorobowego i macierzyńskiego”, zwanego dalej „zaświadczeniem E 112 PL”,
- 2) niezwłocznie informuje o wyrażeniu tej zgody:
 - a) osoby, o których mowa w § 2 ust. 4, przesyłając jeden egzemplarz poświadczanego formularza „E 112 PL” wraz z tłumaczeniem II części wniosku,
 - b) lekarza wystawiającego wniosek.

§ 8. Oddział wojewódzki Funduszu niezwłocznie informuje o odmowie wyrażenia zgody wraz z jej pisemnym uzasadnieniem:

- 1) osoby, o których mowa w § 2 ust. 4;
- 2) lekarza wystawiającego wniosek.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

Wzór wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza krajem

WZÓR

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub pieczęć lekarza wystawiającego wniosek)

WNIOSEK O LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE POZA GRANICAMI KRAJU

WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

**Część I i II wniosku wypełnia lekarz z tytułem
naukowym profesora lub stopniem naukowym
doktora habilitowanego.**

CZĘŚĆ I.

1. Nazwisko ubezpieczonego:

.....
Imię (Imiona):

.....
Poprzednie imiona i nazwiska:

Data urodzenia:

.....
PESEL:

.....
Adres zamieszkania:

.....
Telefon:

.....
Oddział Wojewódzki NFZ:

2. Proponowana/e zagraniczna/e placówka/i opieki
medycznej w kraju członkowskim UE lub EOG (nazwa i adres):

3. Wskazanie terminu, w jakim leczenie lub badania
diagnostyczne powinny być przeprowadzone:

4. Cel wyjazdu i przewidywany sposób leczenia za granicą

(konsultacja, leczenie ambulatoryjne, kliniczne -
szczegółowy zakres leczenia):

.....

.....

.....

5. Przewidywany okres pobytu ubezpieczonego za granicą:

.....

6. Data ostatniego osobistego badania przez lekarza
wnioskującego:

.....

7. Imię i nazwisko, tytuł lub stopień naukowy lekarza
wnioskującego, adres do korespondencji:

.....

.....

....., dnia

.....

.....

(podpis, pieczęć lekarza
wystawiającego wniosek)

CZĘŚĆ III.

Wypełnia konsultant krajowy właściwej dziedziny medycyny:

.....
.....

.....
.....

1. Imię i nazwisko ubezpieczonego:

.....
.....

2. Rozpoznanie:

.....

.....
.....

3. Ocena możliwości przeprowadzenia leczenia lub badania
diagnostycznego na obszarze kraju:

.....
.....

4. Ocena zasadności leczenia poza granicami kraju, udowodnionej
skuteczności proponowanego leczenia lub wiarygodności
badania diagnostycznego poza granicami kraju oraz wskazanie
zagranicznej placówki opieki medycznej wraz z
uzasadnieniem:

.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

.....
.....

5. Określenie szczególnych warunków transportu (w przypadku gdy
stan zdrowia ubezpieczonego tego wymaga):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

....., dnia

(podpis, pieczęć konsultanta krajowego)

.....
.....

.....
.....

....., dnia

.....
(podpis i pieczęć Prezesa Funduszu)

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia w sprawie składania i rozpatrywania wniosku o wyrażenie ubezpieczonym zgody przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego, stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 20 ust. 3 ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr, poz.).

Przystąpienie Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej spowoduje konieczność realizacji regulacji wspólnotowych w zakresie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, określonych w art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71/EWG dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 5.07.1971, str. 2 i n. z późn. zm.) i rozporządzeniu nr 574/72/EWG z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych i ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n. z późn. zm.) oraz rozporządzeniu nr 859/2003/WE z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo (Dz. Urz. WE L 124 z 20.05.2003, str. 1 i n.).

Zgodnie z art. 22 ust. 2 rozporządzenia nr 1408/71/EWG udzielenia zgody wymaganej zgodnie z ust. 1 lit. b) można odmówić jedynie w przypadku, gdy zostanie ustalone, że przeniesienie się zainteresowanego może ujemnie wpłynąć na stan jego zdrowia lub przebieg prowadzonego leczenia. Nie można odmówić udzielenia zgody wymaganej na podstawie ust. 1 lit. c) w przypadku, gdy leczenie, o którym mowa, jest jednym ze świadczeń przewidzianych przez ustawodawstwo Państwa Członkowskiego, którego terytorium zainteresowany zamieszkuje, i jeżeli ta osoba nie może być poddana leczeniu w terminie zwykle niezbędnym dla uzyskania leczenia w Państwie Członkowskim zamieszkania, uwzględniając aktualny stan zdrowia zainteresowanego i prawdopodobny dalszy przebieg choroby.

Natomiast zgodnie z art. 22 ust. 1 rozporządzenia nr 1408/71/EWG pracownik najemny lub osoba prowadząca działalność na własny rachunek, którzy spełniają warunki wymagane przez ustawodawstwo państwa właściwego w celu uzyskania prawa do świadczeń, z uwzględnieniem, w odpowiednim przypadku, przepisów art. 18 oraz którzy, po uzyskaniu prawa do świadczeń udzielanych na rachunek instytucji właściwej, uzyskali zgodę tej instytucji na powrót na terytorium Państwa Członkowskiego, gdzie zamieszkują lub na przeniesienie swojego miejsca zamieszkania na terytorium innego Państwa Członkowskiego lub którym instytucja właściwa udzieliła zgody na udanie się na terytorium innego Państwa Członkowskiego w celu uzyskania tam odpowiedniej opieki, właściwej w ich stanie, mają prawo:

- 1) do świadczeń rzeczowych udzielanych przez instytucję miejsca pobytu lub zamieszkania na rachunek instytucji właściwej, zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem, tak jak gdyby

była w niej ubezpieczona, przy czym okres udzielania świadczeń jest określany przez ustawodawstwo państwa właściwego;

- 2) do świadczeń pieniężnych wypłacanych przez instytucję właściwą zgodnie ze stosowanym przez nią ustawodawstwem. Jednakże na podstawie porozumienia między instytucją właściwą a instytucją miejsca pobytu lub miejsca zamieszkania, świadczenia te mogą być udzielane przez tę ostatnią instytucję na rachunek pierwszej instytucji, zgodnie z przepisami ustawodawstwa państwa właściwego.

Projektowane rozporządzenie wydane zostanie po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Naczelnej Rady Lekarskiej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Rozporządzenie będzie oddziaływało na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz lekarzy i konsultantów krajowych kierujących na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie art. 22 ust. 2 Rozporządzenia nr 1408/71/EWG. Ponadto rozporządzenie będzie miało wpływ na ubezpieczonych składających wnioski na wyrażenie zgody na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju w przypadkach określonych w art. 22 ust. 2 Rozporządzenia nr 1408/71/EWG.

2. Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przesłany do zaopiniowania do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Naczelnej Rady Lekarskiej. W ramach konsultacji społecznych uwzględnione zostaną również organizacje zrzeszające świadczeniodawców w rozumieniu przepisów ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu i jednostek sektora finansów publicznych.

Przepisy projektowanego rozporządzenia zwiększą wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia, które zostaną przeznaczone na rozpatrywanie wniosków. Wysokość tych kosztów będzie uzależniona od ilości złożonych wniosków.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zdrowie ludzi.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z przepisami prawa Unii Europejskiej.

ROZPORZĄDZENIE

Ministra Zdrowia¹⁾

z dnia 2004 r.

w sprawie określenia trybu składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, wzoru wniosku i trybu pokrywania kosztów leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju

Na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr, poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju;
- 2) wzór wniosku o skierowanie na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju;
- 3) tryb pokrywania kosztów leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju.

§ 2. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, zwany dalej "ministrem", może skierować świadczeniobiorcę na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju na podstawie wniosku wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego - specjalistę właściwej dziedziny medycyny, posiadającego tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego, zwanego dalej "lekarzem", w przypadku braku możliwości leczniczych lub diagnostycznych w kraju.

2. Świadczeniobiorca, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba pisemnie upoważniona przez świadczeniobiorcę dostarcza lekarzowi przetłumaczony na język angielski, przez tłumacza przysięgłego, tekst II części wniosku.

3. Lekarz wskazuje we wniosku zagraniczne placówki opieki medycznej, do których proponuje skierować świadczeniobiorcę na leczenie lub badania diagnostyczne.

4. W terminie nie dłuższym niż 2 dni robocze od dnia otrzymania tłumaczenia II części wniosku, lekarz przekazuje wniosek wraz z tłumaczeniem II części wniosku i zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, wyrażoną w IV części wniosku, do konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny w celu zaopiniowania.

5. Konsultant krajowy dokonuje oceny wniosku, w szczególności w zakresie udowodnionej skuteczności proponowanego leczenia lub wiarygodności badania diagnostycznego oraz w zakresie

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1131).

braku możliwości wykonania leczenia lub badania w kraju. Dokonując oceny wniosku, konsultant krajowy wskazuje zagraniczną placówkę opieki medycznej, uzasadniając jej wybór, a także, jeżeli istnieje taka potrzeba, wskazuje odpowiedni do stanu zdrowia świadczeniobiorcy środek transportu.

6. Zaopiniowany wniosek wraz z tłumaczeniem II części wniosku konsultant krajowy przekazuje w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia otrzymania do Biura Rozliczeń Międzynarodowych, zwanego dalej "Biurem".

7. Wzór wniosku jest określony w załączniku do rozporządzenia.

§ 3. Biuro przesyła, wskazanej przez konsultanta krajowego, zagranicznej placówce opieki medycznej tłumaczenie II części wniosku, o którym mowa w § 2 ust. 2, i uzgadnia z tą placówką koszt leczenia lub badań diagnostycznych, a następnie sporządza w tym zakresie wstępny kosztorys, który wraz z wnioskiem i tłumaczeniem II części wniosku przekazuje niezwłocznie ministrowi.

§ 4. 1. Minister, w terminie 7 dni od otrzymania z Biura dokumentów, o których mowa w § 3, wyraża zgodę na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju albo odmawia jej udzielenia, o czym niezwłocznie powiadamia Biuro, przekazując mu jednocześnie całą dokumentację w tej sprawie.

2. Biuro informuje pisemnie, w terminie 2 dni roboczych, lekarza oraz osoby, o których mowa w § 2 ust. 2, o wyrażeniu zgody na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju albo odmowie jej udzielenia.

§ 5. 1. Koszty leczenia lub badań diagnostycznych przeprowadzonych poza granicami kraju w zakresie określonym przez ministra w zgodzie, o której mowa w § 4, oraz koszty transportu świadczeniobiorcy za granicę i do kraju są pokrywane z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister.

2. W przypadku nagłego zagrożenia życia lub zdrowia świadczeniobiorcy, koszty niezbędnych świadczeń zdrowotnych innych niż określone w ust. 1, ale mających bezpośredni związek z leczeniem lub badaniami diagnostycznymi, na które świadczeniobiorca został skierowany za granicę, po ocenie ich zasadności przez konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny i zatwierdzeniu przez ministra, są pokrywane z części budżetu państwa, której dysponentem jest minister.

3. Środki finansowe na pokrycie kosztów leczenia lub badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 1 i 2, są przekazywane zagranicznej placówce opieki medycznej na podstawie wystawionej przez nią faktury.

4. Koszty transportu świadczeniobiorcy za granicę i z powrotem do kraju, realizowanego odpowiednim do stanu zdrowia świadczeniobiorcy lecz najtańszym środkiem transportu, są pokrywane na podstawie faktury wystawionej przez podmiot wykonujący transport.

§ 6. Do wniosków przekazanych przez konsultantów krajowych do Biura przed dniem wejścia w życie rozporządzenia stosuje się przepisy rozporządzenia.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia

**WZÓR WNIOSKU O SKIEROWANIE NA LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE
ŚWIADCZENIOBIORCY POZA GRANICAMI KRAJU**

STRONA 1

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub pieczętka lekarza wystawiającego wniosek)

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA LECZENIE LUB BADANIA DIAGNOSTYCZNE*
ŚWIADCZENIOBIORCY POZA GRANICAMI KRAJU
WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI**

**Część I i II wniosku wypełnia lekarz z tytułem
naukowym profesora lub stopniem naukowym
doktora habilitowanego.**

I.

1. Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:
Wiek: PESEL:
Adres zamieszkania:
Telefon: Oddział NFZ:
2. Proponowana/e zagraniczna/e placówka/i opieki medycznej:
.....
.....
3. Wskazanie terminu, w jakim leczenie lub badania diagnostyczne* powinny być przeprowadzone:
.....
4. Cel wyjazdu i przewidywany sposób leczenia za granicą (konsultacja, leczenie ambulatoryjne,
kliniczne - szczegółowy zakres leczenia):
.....
.....
5. Przewidywany okres pobytu świadczeniobiorcy za granicą:.....
6. Rokowanie:
.....
7. Data ostatniego osobistego badania przez lekarza wnioskującego:
.....
8. Imię i nazwisko, tytuł lub stopień naukowy lekarza wnioskującego, adres do korespondencji:
.....
.....

....., dnia

.....
(podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego wniosek)

* Niepotrzebne skreślić.

STRONA 2

II.

1. Imię i nazwisko świadczeniobiorcy:

2. Wiek: Płeć:

3. Szczegółowe rozpoznanie kliniczne:

.....
.....
.....
.....
.....

4. Dotychczasowy przebieg choroby i zastosowane leczenie:

.....
.....
.....

....., dnia

.....
(podpis i pieczęć lekarza
wystawiającego wniosek)

STRONA 3

III.

Wypełnia konsultant krajowy właściwej dziedziny medycyny:

.....
.....

.....1. Imię i

.....
nazwisko świadczeniobiorcy:

.....
.....

2. Rozpoznanie:

.....
.....
.....

3. Ocena możliwości przeprowadzenia leczenia lub badania diagnostycznego na obszarze kraju:

.....
.....
.....

4. Ocena zasadności leczenia poza granicami kraju, udowodnionej skuteczności proponowanego leczenia lub wiarygodności badania diagnostycznego poza granicami kraju oraz wskazanie zagranicznej placówki opieki medycznej wraz z uzasadnieniem:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Określenie szczególnych warunków transportu (w przypadku gdy stan zdrowia świadczeniobiorcy tego wymaga):

.....
.....
.....

....., dnia

.....
(podpis, pieczęć
konsultanta krajowego)

STRONA 4

IV.

Zgoda świadczeniobiorcy - podpisuje świadczeniobiorca lub jego przedstawiciel ustawowy.

Wyrażam zgodę na proponowane leczenie lub badanie diagnostyczne poza granicami kraju, a także na przetwarzanie danych osobowych oraz na udostępnienie dokumentacji medycznej podmiotom w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju zgodnie z obowiązującymi przepisami.

....., dnia

.....
(podpis świadczeniobiorcy
lub jego przedstawiciela ustawowego)

....., dnia

.....
(podpis i pieczęć lekarza
przyjmującego oświadczenie)

STRONA 5

V.

Zabezpieczenie finansowe - wypełnia główny księgowy Biura:

.....
.....
.....

....., dnia

.....
(podpis i pieczęć
głównego księgowego Biura)

....., dnia

.....
(podpis i pieczęć Dyrektora Biura)

VI.

Stanowisko ministra właściwego do spraw zdrowia - zgoda lub odmowa, wraz z uzasadnieniem skierowania świadczeniobiorcy na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

....., dnia

.....
(podpis i pieczęć ministra
właściwego do spraw zdrowia)

UZASADNIENIE

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zobowiązuje ministra właściwego do spraw zdrowia do ustalenia w drodze rozporządzenia trybu składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w art. 21 ust. 1, w tym podmiotu uprawnionego do złożenia wniosku, wzoru wniosku o skierowanie na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz trybu pokrywania kosztów leczenia z budżetu państwa, z uwzględnieniem szybkości postępowania, dobra pacjenta oraz zasadności i skuteczności takiego leczenia lub badania diagnostycznego.

Projekt rozporządzenia nie wprowadza zmian w zakresie rozwiązań przyjętych w poprzedniej regulacji prawnej normującej przedmiotową dziedzinę, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2003 r. kierowania ubezpieczonych na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju (Dz. U. Nr 88, poz. 817), a potrzeba jego wydania wynika z uchwalenia ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i utratą mocy prawnej przez dotychczasowe akty wykonawcze wydane na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.).

Przyjęte rozwiązania czynią zadość ustawowej delegacji i odpowiadają potrzebom zdrowotnym świadczeniobiorców.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty na które oddziałują projektowane regulacje.

Projekt będzie oddziaływał na Narodowy Fundusz Zdrowia i na płatników opłacających składki na ubezpieczenie zdrowotne za osoby, o których mowa w art. 78 ust. 1 pkt 1 lit. b. i pkt 34.

2. Konsultacje społeczne.

Projekt zostanie podany konsultacjom międzyresortowym oraz zostanie przesłany do konsultacji wojewodom, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organizacjom pracodawców zrzeszających świadczeniodawców i organizacjom zrzeszającym świadczeniobiorców, a także zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Wydanie rozporządzenia nastąpi po zasięgnięciu opinii Naczelnej rady lekarskiej

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego.

Przewidziane w rozporządzeniu uregulowania pociągają za sobą obciążenia budżetu państwa w części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia w szacunkowej wysokości ok. 4 mln złotych. Projekt nie wpłynie na dochody i wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia i jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na sytuację i rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Przyjęcie projektowanej regulacji będzie miało pozytywny wpływ na zdrowie ludzi, albowiem pozwoli na leczenie osób, w sposób których nie przeprowadza się w kraju.

Wstępna ocena zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2004 r.

**w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności badań
przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane**

Na podstawie art. 23 ust. 2 ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. ..., poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakres świadczeń opieki zdrowotnej polegających na:
 - a) profilaktycznych badaniach lekarskich w celu wczesnego rozpoznawania chorób, w szczególności chorób układu krążenia oraz chorób nowotworowych,
 - b) profilaktycznych badaniach lekarskich, obejmujących kobiety w ciąży oraz dzieci do ukończenia 6 roku życia, w tym badaniach przesiewowych,
 - c) promocji zdrowia obejmującej, w szczególności kobiety w ciąży oraz dzieci do ukończenia 6 roku życia;
- 2) okresy, w których badania wymienione w pkt 1 są przeprowadzane.

§ 2. Zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej u kobiet w ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 3. Zakres profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej u dzieci do ukończenia 6 roku życia wraz z okresami ich przeprowadzania jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie §1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. Nr 106, poz. 1131).

§ 4. 1. W celu profilaktyki chorób nowotworowych narządu rodnego lekarz ginekolog przeprowadza badanie ginekologiczne (we wziernikach i badanie zestawione) u kobiet w wieku powyżej 35 lat w odstępach jednorocznych.

2. W celu profilaktyki raka szyjki macicy, u kobiet w wieku od 25 do 65 lat, wykonuje się badanie cytologiczne szyjki macicy poprzez pobranie materiału z tarczy części pochwowej i kanału szyjki macicy z oceną według systemu Bethesda.

3. W przypadku prawidłowego wyniku badania, o którym mowa w ust. 2, badanie powtarza się po upływie trzech lat.

§ 5. 1. W celu profilaktyki nowotworów złośliwych lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje w szczególności:

1) wywiad w kierunku obciążenia rodzinnym występowaniem nowotworów – podczas pierwszej wizyty pacjenta;

2) u kobiet w wieku powyżej 25 lat – instruktaż samobadania piersi przez kobietę;

3) u kobiet w wieku powyżej 35 lat – fizykalne badanie piersi w odstępach jednorocznych;

4) badanie skóry, warg, jamy ustnej i gardła – co roku;

5) badanie per rectum kobiet i mężczyzn powyżej 45 roku życia – co roku.

2. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej informuje pacjentów o zakresie i częstotliwości badań profilaktycznych, o których mowa w ust. 1.

§ 6. 1. W celu przeciwdziałania chorobom odytoniowym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej prowadzi działania informacyjne dotyczące szkodliwości palenia tytoniu.

2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, określa z osobami uzależnionymi od tytoniu optymalny sposób zwalczania nałogu oraz w trakcie każdej wizyty pacjenta uzależnionego od tytoniu dokonuje oceny postępu walki z nałogiem.

§ 7. W celu przeciwdziałania gruźlicy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej przeprowadza wywiad w kierunku gruźlicy i podejmuje odpowiednie działania profilaktyczne.

§ 8. 1. W celu profilaktyki chorób układu krążenia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wykonuje:

- 1)wywiad w kierunku obciążenia rodzinnym występowaniem chorób układu krążenia;
- 2)pomiar ciśnienia tętniczego krwi u osób zgłaszających się z powodu innych dolegliwości niż zaburzenia układu krążenia - przy każdej wizycie;
- 3)pomiar masy ciała i wzrostu dla wyliczenia wskaźnika masy ciała – co trzy lata u osób z nadwagą lub w wieku powyżej 40 lat.

2. W przypadku gdy wskaźnik masy ciała wynosi ponad 30, lekarz, o którym mowa w ust. 1, dokonuje oceny diety pacjenta i ustala wskazówki dla normalizacji masy ciała.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem²⁾

MINISTER ZDROWIA

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2003 r. w sprawie zakresu świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz.U. Nr 139, poz. 1337).

**ZAKRES PROFILAKTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ U KOBIET W
CIAŻY WRAZ Z OKRESAMI ICH PRZEPROWADZANIA**

| Termin badania | Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia | Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne |
|---------------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 |
| Do 10 tyg. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie ginekologiczne (we wzorniku i zestawione) 3. Ocena pH wydzieliny pochwowej 4. Ocena wydzieliny pochwowej (test z KOH) 5. Badanie cytologiczne 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 7. Badanie piersi 8. Pomiar wysokości ciała 9. Pomiar masy ciała 10. Indeks masy ciała 11. Ocena ryzyka ciążowego 12. Kształtowanie zdrowego stylu życia 13. W przypadku opieki sprawowanej przez położną lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa | 1. Grupa krwi i Rh (jeżeli nie wykonano przed ciążą) 2. Przeciwciała odpornościowe 3. Morfologia krwi 4. Badanie ogólne moczu 5. Badanie poziomu glukozy we krwi na czczo 6. VDRL 7. Przeciwciała anty-HIV (u kobiet w okresie ciąży z podwyższonym ryzykiem po uprzednim uzyskaniu zgody - z poradą przed pobraniem krwi i po uzyskaniu wyniku) oraz oznaczenie przeciwciał anty-HIV u partnera ciężarnej po uprzednim uzyskaniu zgody 8. Konsultacja lekarza stomatologa z oceną stanu zdrowia uzębienia wskaźnikiem PUW, stanu przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej |
| 11 - 14 tydz. ciąży | 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie ginekologiczne (we wzorniku i zestawione) 3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi | 1. Badanie ultrasonograficzne |

| | | |
|---------------------|---|--|
| | <p>4. Pomiar masy ciała</p> <p>5. Ocena ryzyka ciążowego</p> <p>6. Kształtowanie zdrowego stylu życia</p> | |
| 15 - 20 tydz. ciąży | <p>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</p> <p>2. Badanie ginekologiczne (we wzorniku i zestawione)</p> <p>3. Ocena pH wydzieliny pochwowej</p> <p>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</p> <p>5. Pomiar masy ciała</p> <p>6. Ocena ryzyka ciążowego</p> <p>7. Kształtowanie zdrowego stylu życia</p> | <p>1. Morfologia krwi</p> <p>2. Badanie ogólne moczu</p> <p>3. Przeciwciała anti-Rh</p> |
| 21 - 26 tydz. ciąży | <p>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</p> <p>2. Badanie położnicze zewnętrzne (w tym wysokość dna macicy)</p> <p>3. Ocena czynności serca płodu</p> <p>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</p> <p>5. Pomiar masy ciała</p> <p>6. Ocena ryzyka ciążowego</p> <p>7. Kształtowanie zdrowego stylu życia</p> | <p>1. Badanie poziomu glukozy we krwi 1 godz. po doustnym podaniu 50 g glukozy</p> <p>2. Badanie ultrasonograficzne</p> |
| 27 - 32 tydz. ciąży | <p>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe</p> <p>2. Badanie ginekologiczne (we wzorniku i zestawione)</p> <p>3. Ocena pH wydzieliny pochwowej</p> <p>4. Ocena czynności serca płodu</p> <p>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</p> <p>6. Pomiar masy ciała</p> <p>7. Ocena ryzyka ciążowego</p> <p>8. Kształtowanie zdrowego stylu życia</p> | <p>1. Morfologia krwi</p> <p>2. Badanie ogólne moczu</p> <p>3. Przeciwciała odpornościowe</p> <p>4. Badanie poziomu glukozy we krwi na czczo i 2 godz. po podaniu doustnym 75g glukozy (w przypadku nieprawidłowego testu z 50g glukozy)</p> |

| | | |
|---------------------|---|--|
| 33 - 37 tydz. ciąży | <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie położnicze zewnętrzne (w tym wysokość dna macicy) 3. Ocena wymiarów miednicy 4. Badanie ginekologiczne (we wzorniku i zestawione) 5. Ocena pH wydzieliny pochwowej 6. Ocena czynności serca płodu 7. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 8. Badanie piersi 9. Pomiar masy ciała 10. Ocena ruchliwości płodu 11. Ocena ryzyka ciążowego 12. Kształtowanie zdrowego stylu życia 13. W przypadku opieki sprawowanej przez położną lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej <p>obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Morfologia krwi 2. Badanie ogólne moczu 3. VDRL (u kobiet ze zwiększonym populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia) 4. Antygen HBs 5. ALAT 6. Przeciwciała anti-HIV (u kobiet w okresie ciąży z podwyższonym ryzykiem po uprzednim uzyskaniu zgody - z poradą przed pobraniem krwi i po uzyskaniu wyniku) 7. Badanie ultrasonograficzne 8. Konsultacja lekarza stomatologa z oceną stanu zdrowia uzębienia wskaźnikiem PUW, stanu przyzębia i błony śluzowej jamy ustnej |
| 38 - 39 tydz. ciąży | <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie położnicze zewnętrzne (w tym wysokość dna macicy) 3. Ocena czynności serca płodu 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 5. Pomiar masy ciała 6. Ocena ruchliwości płodu 7. Ocena ryzyka ciążowego 8. Kształtowanie zdrowego stylu życia 9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną lub lekarza | <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu 2. Morfologia krwi |

| | | |
|------------------------|---|---|
| | podstawowej opieki zdrowotnej obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa | |
| 40 - 41 tydz. ciąży | <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe 2. Badanie położnicze (w tym wysokość dna macicy) 3. Badanie ginekologiczne (we wzierniku i zestawione) 4. Ocena czynności serca płodu 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi 6. Pomiar masy ciała 7. Ocena ruchliwości płodu 8. Ocena ryzyka ciążowego 9. Kształtowanie zdrowego stylu życia 10. Skierowanie do szpitala | <ol style="list-style-type: none"> 1. Badanie ogólne moczu 2. Morfologia krwi |

ZAKRES PROFILAKTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ U DZIECI DO UKOŃCZENIA 6 ROKU ŻYCIA WRAZ Z OKRESAMI ICH PRZEPROWADZANIA

| Termin badania (wiek) | Badania (testy) przesiewowe oraz świadczenia profilaktyczne wykonywane przez położną, pielęgniarkę ¹⁾ | Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza ²⁾ (wykonywane w obecności rodziców, opiekunów) ³⁾ | Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza stomatologa |
|-----------------------|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 0 - 4 doba życia | <p>1. W przypadku porodu fizjologicznego prowadzonego samodzielnie przez położną badanie przedmiotowe dziecka, z uwzględnieniem oceny stanu ogólnego bezpośrednio po urodzeniu (skala Apgar)</p> <p>2. Wykonanie pomiarów masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej</p> <p>3. Profilaktyka zakażeń przedniego odcinka oka</p> <p>4. Profilaktyka choroby krwotocznej w przypadku noworodków urodzonych przedwcześnie i porodów zabiegowych</p> <p>5. Badania przesiewowe w kierunku fenyloketonurii oraz wrodzonej niedoczynności tarczycy⁴⁾</p> <p>6. Podanie preparatu immunoglobulin ze względu na matkę będącą nosicielem antygenu HBs</p> <p>7. Badanie słuchu wykonane metodami obiektywnymi (otoemisja akustyczna lub słuchowe potencjały wywołane</p> | <p>1. Badanie podmiotowe matki - wywiad, analiza przebiegu ciąży i porodu</p> <p>2. Badanie przedmiotowe dziecka, z uwzględnieniem oceny stanu ogólnego bezpośrednio po urodzeniu (skala Apgar); w przypadku punktacji <7 - badanie równowagi kwasowo-zasadowej z krwi pępowinowej</p> <p>3. Ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu. Badanie przedmiotowe w kierunku dysplazji stawów biodrowych</p> <p>4. Porada pielęgnacyjno-laktacyjna udzielana matce</p> <p>5. Ocena stanu zdrowia - bilans zdrowia w dniu wypisu noworodka ze szpitala</p> | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | pnia mózgu) - w oddziale noworodkowym ⁵⁾ | | |
| 1-6 tydzień życia | Wizyty patronażowe położnej mające na celu: 1. przeprowadzenie instruktażu w zakresie pielęgnacji noworodka, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej oraz udzielenia porady w zakresie kontroli płodności, 2. w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości - rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny | W 1-2 tygodniu życia - wizyta patronażowa lekarza pediatry (rodzinnego) obejmująca badanie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy, oceny żółtaczkowej, podstawowej oceny stanu neurologicznego oraz badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych. W 3 tygodniu życia badanie okulistyczne niemowląt urodzonych przed 36 tyg. ciąży, z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu, oraz wymagających intensywnej tlenoterapii i fototerapii | |
| 2 - 6 miesiąc życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym) | 1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego- pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej 2. Podstawowa ocena rozwoju psychomotorycznego 3. Orientacyjne badanie wzroku 4. W 3 - 4 miesiącu życia dziecka wizyta patronażowa pielęgniarki mająca na celu przeprowadzenie instruktażu w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej oraz w razie stwierdzenia nieprawidłowości - rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny | 1. Badanie pediatryczne podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, przebytych schorzeń oraz zapobiegania krzywicy 2. Ocena wielkości ciemienia przedniego 3. Ocena stanu neurologicznego 4. Określenie wieku zębowego 5. U chłopców badanie obecności jąder w mosznie 6. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych - w przypadku nieprawidłowego wyniku testu lub stwierdzenia przynależności do grupy ryzyka uszkodzenia słuchu - kierować do specjalistycznej diagnostyki audiologicznej lub foniatrycznej 7. Ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu | W 6 miesiącu życia: 1. wizyta adaptacyjna z instruktażem w zakresie higieny jamy ustnej, 2. badanie lekarskie stomatologiczne w zakresie początku ząbkowania i stanu jamy ustnej |

| | | | |
|------------------|--|---|---|
| | | 8. Badanie przedmiotowe w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych | |
| 9 miesiąc życia | <p>1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego - pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej</p> <p>2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego</p> <p>3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu</p> <p>4. Wizyta patronażowa pielęgniarki w przypadku gdy w czasie poprzedniej wizyty stwierdzono zaburzenia w stanie zdrowia dziecka</p> | <p>1. Badanie pediatryczne podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego i psychomotorycznego</p> <p>2. Ocena wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień</p> <p>3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych</p> | <p>1. Ocena stanu uzębienia mlecznego za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw dla zębów mlecznych</p> <p>2. Profilaktyka fluorkowa z instruktażem w zakresie higieny jamy ustnej</p> |
| 12 miesiąc życia | <p>1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego- pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej</p> <p>2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego</p> <p>3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu</p> <p>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</p> <p>5. Instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej</p> | <p>1. Badanie pediatryczne podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego i psychomotorycznego</p> <p>2. Ocena wykonania szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień</p> <p>3. Ocena wielkości blizny po szczepieniu BCG</p> <p>4. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych</p> <p>5. Ocena obecności nowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu</p> <p>6. Badanie okulistyczne niemowląt urodzonych przed 36 tyg. ciąży, z wewnątrzmacicznym zahamowaniem wzrostu płodu oraz wymagających intensywnej tlenoterapii i fototerapii</p> | <p>1. Ocena stanu uzębienia mlecznego za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw dla zębów mlecznych</p> <p>2. Zastosowanie działań zapobiegających próchnicy - profilaktyka fluorkowa</p> |
| 2 lata | 1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego- pomiary: masy i | <p>Bilans zdrowia, w tym:</p> <p>1. Badanie pediatryczne</p> | 1. Ocena stanu uzębienia za |

| | | | |
|--------|---|--|--|
| | <p>długości ciała</p> <p>2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego</p> <p>3. Orientacyjne badanie słuchu</p> <p>4. Test Hirschberga w kierunku wykrywania zezów</p> <p>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</p> | <p>podmiotowe i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego i psychomotorycznego oraz przebytych schorzeń</p> <p>2. Ocena wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień</p> <p>3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocena rozwoju mowy</p> <p>4. Ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu</p> | <p>pomocą wskaźnika intensywności próchnicy pów dla zębów mlecznych</p> <p>2. Zastosowanie działań zapobiegających próchnicy - profilaktyka fluorkowa</p> <p>3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia</p> <p>4. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu - profilaktyka ortodontyczna</p> |
| 4 lata | <p>1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego-pomiary wzrostu i masy ciała</p> <p>2. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu</p> <p>3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała</p> <p>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</p> | <p>Bilans zdrowia, w tym:</p> <p>1. ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu,</p> <p>2. badanie pediatryczne podmiotowe i przedmiotowe w kierunku oceny rozwoju fizycznego, psychomotorycznego i społecznego,</p> <p>3. przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocena rozwoju mowy</p> | <p>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy pów dla zębów mlecznych</p> <p>2. Zastosowanie działań zapobiegających próchnicy - profilaktyka fluorkowa</p> <p>3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia</p> <p>4. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu - profilaktyka ortodontyczna</p> |

| | | | |
|-------|--|---|--|
| 5 lat | <p>1. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego</p> <p>2. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu</p> <p>3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała</p> <p>4. Orientacyjne wykrywanie wad wymowy</p> <p>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</p> | <p>1. Badanie pediatryczne podmiotowe i przedmiotowe w kierunku oceny rozwoju fizycznego, psychomotorycznego i społecznego</p> | <p>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw dla zębów mlecznych</p> <p>2. Zastosowanie działań zapobiegających próchnicy - profilaktyka fluorkowa</p> <p>3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia</p> <p>4. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu - profilaktyka ortodontyczna</p> |
| 6 lat | <p>1. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego</p> <p>2. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu</p> <p>3. Orientacyjne wykrywanie zaburzeń statyki ciała</p> <p>4. Orientacyjne wykrywanie wad wymowy</p> <p>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi</p> | <p>Bilans zdrowia, w tym:</p> <p>1. badanie pediatryczne podmiotowe i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego i psychomotorycznego oraz przebytych schorzeń, dojrzałości szkolnej, kwalifikacji do grup na zajęcia wychowania fizycznego i sportu szkolnego,</p> <p>2. ocena wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień,</p> <p>3. przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocena rozwoju mowy,</p> <p>4. ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu</p> | <p>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw dla zębów mlecznych</p> <p>2. Zastosowanie działań zapobiegających próchnicy - profilaktyka fluorkowa</p> <p>3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia</p> <p>4. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu - profilaktyka ortodontyczna</p> |

Objaśnienia:

- 1) Położna lub pielęgniarka legitymująca się specjalizacją, ukończonym kursem kwalifikacyjnym lub specjalistycznym.
- 2) Lekarz oddziału położniczego i noworodkowego, ginekolog, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pediatra.
- 3) Świadczenia profilaktyczne dotyczące dzieci.
- 4) Badania finansowane z budżetu Ministra Zdrowia w ramach długoletnich programów polityki zdrowotnej.
- 5) Badania powszechnie obowiązujące od dnia 1 stycznia 2004 r.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia jest wykonaniem delegacji art. 23 ust. 2 ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. ..., poz.), upoważniającej Ministra Zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, do określenia, w drodze rozporządzenia, w odniesieniu do działań, o których mowa w art. 23 ust. 1 pkt 2 i 4, zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności badań przesiewowych, wraz z okresami, w których te badania są przeprowadzane.

Przedmiotowe rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2003 r. sprawie zakresu świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz.U. Nr 139, poz. 1337), wydanym na podstawie art. 50 ust. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia i niniejszy projekt stanowi kontynuację rozwiązań prawnych przyjętych w powyższym akcie wykonawczym.

Zgodnie z wolą ustawodawcy w rozporządzeniu określono zakres świadczeń opieki zdrowotnej profilaktycznych obejmujących w szczególności choroby nowotworowe, choroby układu krążenia oraz zakres świadczeń profilaktycznych dla kobiet w ciąży oraz dzieci do ukończenia 6 roku życia, a także sprecyzowano okresy, w których te badania powinny być przeprowadzane.

W odniesieniu do kobiet w ciąży terminem wykonania badania jest odpowiedni okres ciąży, natomiast w odniesieniu do dzieci ich wiek kalendarzowy. Zakres i terminy świadczeń profilaktycznych podczas prawidłowo przebiegającej ciąży wymienione są w załączniku nr 1 do projektu rozporządzenia, zakres i okresy badań przesiewowych oraz

świadczeń profilaktycznych u dzieci do ukończenia 6 roku życia wymienione są w załączniku nr 2 do projektu rozporządzenia.

Zgodnie z treścią upoważnienia ustawowego oraz współczesną koncepcją zdrowia publicznego w rozporządzeniu zostały uwzględnione świadczenia obejmujące promocję zdrowia.

Uregulowanie w drodze rozporządzenia zakresu i terminów świadczeń profilaktycznych udzielanych kobietom w ciąży oraz dzieciom do ukończenia 6 roku życia systematyzuje te działania i nadaje im charakter powszechnie obowiązujący. Zakres tych świadczeń dostosowany jest do potrzeb zdrowotnych kobiet w ciąży oraz dzieci w poszczególnych grupach wiekowych.

Umieszczony w załączniku nr 2 „test bibułkowy w kierunku wykrywania fenylketonurii i wrodzonej niedoczynności tarczycy” realizowany jest w ramach wieloletniego programu polityki zdrowotnej finansowanego przez Ministra Zdrowia i koordynowanego przez Instytut Matki i Dziecka.

Przedmiot regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja.

Przepisy rozporządzenia dotyczyć będą świadczeń opieki zdrowotnej oraz badań przesiewowych udzielanych w szczególności kobietom w okresie ciąży oraz dzieciom do ukończenia 6 roku życia. Nakładają na świadczeniodawców obowiązek regularnych i jednolitych działań profilaktycznych co będzie miało pozytywne skutki dla ubezpieczonych – przyczyni się do promocji zdrowego stylu życia oraz zapobiegania i wczesnego rozpoznawania chorób.

2. Konsultacje społeczne.

Równolegle do uzgodnień międzyresortowych projekt rozporządzenia zostanie skonsultowany z następującymi podmiotami:

- 1) Naczelna Izba Aptekarska;
- 2) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 4) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 5) Naczelna Rada Lekarska;
- 6) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Projekt zostanie również zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia. Wyniki konsultacji zostaną przedstawione w niniejszej Ocenie po ich zakończeniu.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa ponieważ jego zakres jest zbieżny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2003 r. w sprawie zakresu świadczeń zdrowotnych, w szczególności badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz.U. Nr 139, poz. 1337), wydanym na podstawie delegacji zawartej w art. 50 ust. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu

Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na warunki życia społecznego i gospodarczego w regionach.

Projektowane regulacje nie powodują istotnych długookresowych następstw w rozwoju społecznym i gospodarczym.

5. Wpływu regulacji na rynek pracy.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

6. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2004 r.

**w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej
nad dziećmi i młodzieżą**

Na podstawie art. 23 ust. 3 ustawy z dnia r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętymi obowiązkiem nauki oraz kształcącymi się w szkołach ponadgimnazjalnych do ukończenia 19 roku życia, zwanych dalej „uczniami”;
- 2) zakres informacji o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad uczniami, przekazywanych wojewodzie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o szkole, należy przez to rozumieć również jednostki, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329, z późn. zm.²⁾).

§ 3. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami obejmuje:

- 1) testy przesiewowe polegające na wstępnej identyfikacji odchyleń od normy

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. Nr 106, poz. 1131).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 153 i Nr 141, poz. 943, z 1998 r. Nr 117, poz. 759 i Nr 162, poz. 1126, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 19, poz. 239, Nr 48, poz. 550, Nr 104, poz. 1104, Nr 120, poz. 1268 i Nr 122, poz. 1320, z 2001 r. Nr 111, poz. 1194 i Nr 144, poz. 1615, z 2002 r. Nr 41, poz. 362, Nr 113, poz. 984, Nr 141, poz. 1185 i Nr 200, poz. 1683, z 2003 r. Nr 6, poz. 65, Nr 128, poz. 1176, Nr 137, poz. 1304 i Nr 203, poz. 1966 oraz z 2004 r. Nr 99, poz. 1001.

rozwojowej, niezdiagnozowanych chorób, zaburzeń lub wad, przez zastosowanie szybkich metod badania;

- 2) postępowanie diagnostyczne w przypadku uzyskania dodatniego wyniku testu przesiewowego, w celu potwierdzenia lub wykluczenia zaburzeń ujawnionych w tym teście (postępowanie poprzemiesiwowe);
- 3) profilaktyczne badania lekarskie (bilanse zdrowia) w zakresie:
 - a) indywidualnej oceny stanu zdrowia i rozwoju uczniów,
 - b) kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu szkolnego,
 - c) zdrowotnej gotowości szkolnej uczniów,
 - d) kwalifikacji do programów rehabilitacyjnych,
 - e) ograniczeń dotyczących wyboru i nauki zawodu;
- 4) profilaktyczne badania stomatologiczne, profilaktykę próchnicy zębów i profilaktykę ortodontyczną;
- 5) udzielanie pomocy w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
- 6) obowiązkowe szczepienia ochronne;
- 7) edukację zdrowotną i promocję zdrowia.

§ 4. Profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawują:

- 1) właściwy dla ucznia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) lekarz stomatolog;
- 3) pielęgniarka, która ukończyła specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, zwana dalej „pielęgniarką”, albo higienistka szkolna.

§ 5. Profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

- 1) prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych;
- 2) wykonywanie profilaktycznych badań lekarskich (bilansów zdrowia) w ustalonych grupach wiekowych oraz prowadzenie dokumentacji medycznej uczniów według wzorów, które są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia;

- 3) formułowanie na piśmie zaleceń dla pielęgniarek lub higienistek szkolnych co do dalszego postępowania z uczniami;
- 4) czynne poradnictwo dla uczniów i ich rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych.

§ 6. Profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana przez lekarza stomatologa obejmuje w szczególności:

- 1) prowadzenie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej;
- 2) profilaktyczne badania stomatologiczne;
- 3) profilaktykę próchnicy zębów;
- 4) profilaktyczne badanie ortodontyczne;
- 5) kwalifikowanie do szczególnej opieki stomatologicznej.

§ 7. 1. Profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana przez pielęgniarkę albo higienistkę szkolną obejmuje w szczególności:

- 1) wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych;
- 2) kierowanie postępowaniem poprzesiewowym oraz sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad uczniami objętymi tym postępowaniem;
- 3) organizowanie profilaktycznych badań lekarskich;
- 4) prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej;
- 5) współorganizowanie lub organizowanie i wykonywanie szczepień ochronnych;
- 6) czynne poradnictwo w zakresie opieki pielęgniarskiej;
- 7) udział w planowaniu, realizacji i ocenie szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz podejmowanie innych działań w zakresie promocji zdrowia;
- 8) udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
- 9) doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole;
- 10) prowadzenie dokumentacji medycznej uczniów według wzorów, które są określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
- 11) prowadzenie dokumentacji szczepień ochronnych uczniów i sprawozdawczości

zgodnie z odrębnymi przepisami.

2. Pielęgniarka lub higienistka szkolna sprawująca profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem współpracuje z:

- 1) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem;
- 2) lekarzem stomatologiem sprawującym profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem;
- 3) rodzicami, opiekunami prawnymi lub faktycznymi ucznia;
- 4) dyrektorem szkoły;
- 5) radą pedagogiczną;
- 6) organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży.

§ 8. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz stomatolog sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

§ 9. 1. Pielęgniarka albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.

2. Przy ustalaniu liczby uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez jedną pielęgniarkę bierze się pod uwagę typ szkoły, a w przypadku szkół, do których uczęszczają niepełnosprawni - ich liczbę i stopień niepełnosprawności.

§ 10. W stosunku do osób objętych indywidualnym nauczaniem, o których mowa w art. 71b ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty, profilaktyczną opiekę zdrowotną w zakresie zadań, o których mowa w § 7 i w § 11 ust. 2, sprawuje pielęgniarka środowiskowa lub rodzinna.

§ 11. 1. Zakres i terminy wykonywania testów przesiewowych, profilaktycznych badań lekarskich oraz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych są określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

2. O terminach i zakresie wykonywania testów przesiewowych, profilaktycznych

badań lekarskich (bilansów zdrowia) oraz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych pielęgniarka albo higienistka szkolna powiadamia rodziców albo opiekunów prawnych lub faktycznych ucznia.

§ 12. 1. Dokumentacja medyczna ucznia, która jest określona w załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia, jest przechowywana w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole przez okres pobierania nauki przez ucznia w danej szkole.

2. Dokumentacja profilaktycznej opieki stomatologicznej, o której mowa w § 6, jest przechowywana przez lekarza stomatologa sprawującego opiekę nad uczniem.

3. W przypadku przejścia ucznia do innej szkoły, dokumentację medyczną ucznia odbierają rodzice albo opiekunowie prawni lub faktyczni ucznia i przekazują szkole, do której uczeń przechodzi.

§ 13. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po zawarciu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, przekazuje do właściwego wojewody następujące dane:

- 1) nazwę i adres świadczeniodawcy;
- 2) miejsce udzielania profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej uczniom;
- 3) liczbę uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez świadczeniodawcę, o którym mowa w pkt 1.

§ 14. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.³⁾

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:

**MINISTER EDUKACJI NARODOWEJ
I SPORTU**

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 130, poz. 1196 oraz z 2004 r. Nr..., poz. ...).

**DOKUMENTACJA MEDYCZNA UCZNIA
WZÓR**

pieczęć szkoły

KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO DZIECKA 7-LETNIEGO*
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia.....data urodzenia.....

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE

| | OJCIEC | MATKA | RODZENSTWO DZIECKA | |
|---------------|--------|-------|--------------------|--------------|
| Imię | | | Rok urodzenia | Stan zdrowia |
| Wykształcenie | | | | |
| Zawód | | | | |
| Stan zdrowia | | | | |

Warunki mieszkaniowe:** dobra, średnie, złe. Liczba izb.....osób.....

Problemy w rodzinie: (zdrowotne, bytowe).....

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:.....

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje

| Rok życia | Rodzaj |
|-----------|--------|
| | |

| Rok życia | Rodzaj |
|-----------|--------|
| | |

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)**: NIE, TAK – na co
- objawy uczulenia
- słyszy**: DOBRZE, ŹLE; widzi**: DOBRZE, ŹLE; ma zezą**: NIE, TAK.....
- używa**: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych.....
- przyjmuje leki**: NIE, TAK – jakie:
- jest pod opieką poradni specjalistycznej**: NIE, TAK – jakiej:.....
- uczęszcza na zajęcia korekcyjne, **: NIE, TAK – jakie:.....

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach:**

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem; inne – jakie:.....

Zachowanie dziecka:** nie budzi niepokoju, nadrucliwość, agresywność, nieśmiałość, płacliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy.....

Inne uwagi i życzenia rodziców:.....

data:.....

podpis matki lub ojca (opiekuna):.....

* Właściwe podkreślić

** Wpisać rodzaj odchylenia

2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała:cm.....centyl **Masa ciała:**.....kg.....centyl

Wzrok: ostrość wzroku^{*}: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Zez^{*}: niewidoczny, widoczny

Cover test^{*}: ujemny, dodatni

Odbicie światła na rogówkach^{*}: symetryczne, niesymetryczne

Inne zaburzenia^{**}:.....

Słuch: test^{*}: szeptem, audiometryczny^{*}: prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu^{*}: prawidłowy, podejrzenie^{*}: bocznego skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan,
stóp płasko – koślawych

Inne uwagi:.....

.....

data:..... podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:

3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie^{*}: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia.....

.....

Układ ruchu^{*}: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa^{**}

kolana koślawe, stopy płasko – koślawe, inne odchylenia^{**}

.....

Rozwój psychomotoryczny^{*}: prawidłowy, nieprawidłowy^{**}

.....

Mowa^{*}: prawidłowa, nieprawidłowa

Lateralizacja^{*}: prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna^{}:**.....

.....

Jądra w mosznie (dotyczy chłopców)^{*}: TAK, NIE^{**}.....

.....

Pozostałe układy^{*}: prawidłowe, nieprawidłowe^{**}

.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

.....

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA^{*}: pełna, niepełna^{**}.....

.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF^{*}: A A_S B B_K C C_I - zalecenia:.....

.....

ZALECENIA:.....

.....

data:.....

podpis i pieczęć lekarza:.....

^{*} Właściwie podkreślić.

^{**} Wpisać rodzaj odchylenia.

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ KLASY III
SZKOŁY PODSTAWOWEJ**

(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię: data urodzenia..... klasa.....

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:

| Rok życia | Rodzaj |
|-----------|--------|
| | |

| Rok życia | Rodzaj |
|-----------|--------|
| | |

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka:

Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:.....

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)*: NIE, TAK – na co
- objawy uczulenia:
- używa*: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych
- przyjmuje leki*: NIE, TAK – jakie:
- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK – jakiej:.....

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach*:

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne – jakie:

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK – podać co

Inne uwagi i życzenia rodziców:

data:.....

podpis matki lub ojca (opiekuna):.....

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa – jaka

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej**

Uzdolnienia:

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia – jakie.....

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Trudności szkolne*: nie występują, występują – jakie

Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe – jakie

Inne uwagi

data:.....

podpis wychowawcy:.....

* Właściwe podkreślić.

** Wypełnić na podstawie opinii nauczyciela WF.

3. INFORMACJE PIELEŃNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała:..... cmcentyl **Masa ciała:**..... kgcentyl

Wzrok: Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Widzenie barw : prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia** :

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie bocznego skrzywienia kręgosłupa

Ciśnienie tętnicze krwi:mmHgcentyl

Inne uwagi:

data:.....

podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:.....

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

.....

Dojrzewanie płciowe wg skali Tarnera:

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

.....

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa **

inne odchylenia** :

Tarczycyca*: prawidłowa, wole

Jama ustna:**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_S B B_K C C₁ - zalecenia:

.....

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE

ZALECENIA:

.....

.....

data:.....

podpis i pieczęć lekarza:.....

* Właściwe podkreślić.

** Wpisać rodzaj odchylenia.

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASY I GIMNAZJUM/
KLASY I SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ***
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia: data urodzenia: klasa:

1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:

| Rok życia | Rodzaj |
|-----------|--------|
| | |

| Rok życia | Rodzaj |
|-----------|--------|
| | |

Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka:

Zachowanie zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:

Czy dziecko:

- ma uczulenie (alergię)*: NIE, TAK – na co:
- objawy uczulenia:
- używa*: okularów, aparatu ortodontycznego, wkładek ortopedycznych
- przyjmuje leki*: NIE, TAK – jakie:
- jest pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK – jakiej:

Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach*:

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel; częsty długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne – jakie:

Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka*: NIE, TAK – podać co:

Inne uwagi i życzenia rodziców

data: podpis matki lub ojca (opiekuna):

2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY

Wymowa*: prawidłowa, nieprawidłowa – jaka:

Sprawność fizyczna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej**

Uzdolnienia:

Zachowanie*: nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia – jakie:

Wyniki w nauce*: bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

Absencja szkolna*: powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

Trudności szkolne*: nie występują, występują – jakie:

Relacje z rówieśnikami*: prawidłowe, nieprawidłowe – jakie:

Inne uwagi:

data: podpis wychowawcy:

* Właściwe podkreślić.

** Wypełnić na podstawie opinii nauczyciela WF.

3. INFORMACJE PIELĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała..... cmcentyl **Masa ciała**..... kgcentyl

Wzrok: ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Inne zaburzenia**:

Stuch^o: test: szeptem, audiometryczny: wynik prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie*: boczno skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

Ciśnienie tętnicze krwi mmHgcentyl

Inne uwagi:

.....

data:..... podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:.....

4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**

.....

Dojrzewanie płciowe według skali Tannera:.....

.....

Tarczycza*: prawidłowa, wole**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

.....

Układ ruchu*: prawidłowy, boczno skrzywienie kręgosłupa**

nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**

Skóra**:

.....

Jama ustna**:

.....

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:

.....

.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF*: A A_S B B_K C C₁ - zalecenia:.....

.....

Może uczestniczyć w zawodach i sprawdzianach*: TAK, NIE

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK –jakie:.....

.....

.....

ZALECENIA:.....

.....

.....

data:..... podpis i pieczęć lekarza:.....

^o Dotyczy ucznia I klasy gimnazjum.

* Właściwe podkreślić.

** Wpisać rodzaj odchyień.

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO
UCZNIĄ OSTATNIEJ KLASY SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ (19 LAT)
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)**

Nazwisko i imię ucznia:.....data urodzenia:.....klasa:.....

1. INFORMACJE UCZNIĄ

Przebyte choroby i urazy w czasie nauki w szkole

| Rok życia | Rodzaj |
|-----------|--------|
| | |

| Rok życia | Rodzaj |
|-----------|--------|
| | |

Czy w ostatnich 6 miesiącach miałeś/aś* :

częste: bóle głowy, brzucha, pleców, szyi, zawroty głowy, zaparcia, biegunki, brak apetytu, zdenerwowanie, przygnębienie; dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu, lęki?

Uczulenie (alergie) – na co?.....

Inne dolegliwości i niepokojące objawy – jakie:

Czy w ostatnich 3 miesiącach używałeś/aś leków*: NIE, TAK – jakich:.....

z jakiego powodu:.....

Kiedy ostatni raz byłeś/aś badany/a przez lekarza:.....

z powodu stomatologa.....

Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej*: NIE, TAK – jakiej:

..... z jakiego powodu:.....

Czy masz trudności w szkole*: NIE, TAK – jakie:.....

Czy sądzisz, że Twoje zdrowie jest: BARDZO DOBRE, DOBRE, RACZEJ ZŁE, ZŁE

Czy masz jakieś problemy i trudności, o których chciałbyś /chciałabyś/ porozmawiać z:

lekarzem* NIE, TAK;- psychologiem* NIE, TAK

Dotyczy tylko dziewcząt: wiek pierwszej miesiączki: lat miesięcy

Co ile dni występuje miesiączka: ile dni trwa.....

Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości* : NIE, TAK – jakie:

Czy w bieżącym roku szkolnym uczestniczysz w lekcjach WF*:

SYSTEMATYCZNIE, NIESYSTEMATYCZNIE, JESTEM ZWOLNIONY/A/

Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach ruchowych poza szkołą*:

NIE, TAK – jakich:

Czy uważasz, że twoja sprawność fizyczna jest*: BARDZO DOBRA, DOBRA, DOŚĆ DOBRA, ZŁA

Czy palisz papierosy* : NIE, TAK – ile przeciętnie wypalasz:

dziennie.....w tygodniu.....

Czy po skończeniu obecnej szkoły zamierzasz uczyć się dalej*: NIE, TAK

w jakiej szkole /uczelni:

zawód/kierunek studiów:.....

data:

podpis ucznia:.....

* Właściwe podkreślić.

2. INFORMACJE PIELĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała: cm.....centyl **Masa ciała:** kgcentyl

Wzrok: Ostrość wzroku* : bez okularów, w okularach: OP.....OL.....

Inne zaburzenia** :

Ciśnienie tętnicze krwi:.....mm Hg.....centyl

Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF*: A A_S B B_K C C_I

Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej:.....

.....

.....

data:.....

podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki:.....

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój somatyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia** :.....

.....

Dojrzewanie płciowe** według skali Tannera:

.....

Tarczycyca*: prawidłowa, wole**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

.....

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**:

Skóra**

.....

Jama ustna:**.....

.....

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie:.....

.....

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*:NIE, TAK –jakie:.....

.....

ZALECENIA:

.....

data:.....

podpis i pieczęć lekarza:.....

* Właściwe podkreślić.

OBSERWACJE PIELEŃNIARKI I WYDANE ZALECENIA

| Data | Klasa | Observacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis |
|------|-------|--|
| | | |

Wkleić: karty badania rozwoju i zdrowia ucznia, wyniki badań specjalistycznych, inne dokumenty

WYMIADY ŚRODOWISKOWE

| Data | Wnioski |
|------|---------|
| | |

INNE UWAGI

| Data | Do kogo |
|------|---------|
| | |

WKŁADKA DO KARTY ZDROWIA UCZNIĄ

Nazwisko i imię ucznia:

| Data | Klasa/wiek | Observacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis |
|------|------------|--|
| | | |

WKŁADKA DO KARTY ZDROWIA UCZNIĄ

Nazwisko i imię ucznia:

| Data | Klasa/wiek | Observacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis |
|------|------------|--|
| | | |

INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
klasa

W dniu planowane jest:

1. Szczepienie przeciw chorobie Heinego Medina (poliomyelitis), błonicy i tężcowi, różyczce*/inne/.....
2. Próba tuberkulinowa, a w przypadku jej ujemnego wyniku – szczepienie przeciwko gruźlicy

UWAGA: Szczepienie będzie wykonane tylko po wypełnieniu tej informacji oraz dostarczeniu Książeczki szczepień.

Część A. – Wypełniają rodzice ucznia

1. Czy dziecko w ciągu ostatniego miesiąca chorowało?

NIE – TAK*/ jeśli tak proszę podać:

- na jaką chorobę...../.....
- jakie otrzymało leki (w tym antybiotyki):

2. Czy dziecko otrzymuje lub otrzymywało w ciągu ostatnich 6 tygodni:

a) inną szczepionkę, w tym odczulającą (przeciwalergiczną)

NIE – TAK*/, jeśli tak, proszę podać jaką:

b) gammaglobulinę NIE – TAK */

.....
*Właściwe podkreślić

.....
cd. na odwrocie

Czy u dziecka po poprzednich szczepieniach wystąpiła wysypka lub inne dolegliwości NIE – TAK*/, jeśli tak proszę podać:

- kiedy:.....
- po jakiej szczepionce:.....
- jakie dolegliwości:.....

3. Ewentualne uwagi rodziców (opiekunów)

.....
Wyrażam zgodę na szczepienie mojego dziecka.

.....
data

.....
podpis matki lub ojca (opiekuna)

Część B. Kwalifikacja lekarska (wypełnia lekarz po zbadaniu i zapoznaniu się z dokumentacją medyczną ucznia)

Stwierdzam że: 1. Ucznia można szczepić
2. Szczepienie jest przeciwwskazane z powodu

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

.....
*/ właściwe podkreślić

ZAKRES I TERMINY WYKONYWANIA TESTÓW PRZESIEWOWYCH, PROFILAKTYCZNYCH BADAŃ LEKARSKICH ORAZ PROFILAKTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ STOMATOLOGICZNYCH

| Klasa (wiek ucznia) | Testy przesiewowe | Profilaktyczne badania lekarskie | Profilaktyczne badanie lekarskie stomatologiczne | Grupowa profilaktyka fluorkowa |
|---------------------|---|--|--|---|
| Klasa 1 (7 lat)* | <p>Test do wykrywania zaburzeń:</p> <p>1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała)</p> <p>2) układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, zniekształceń statycznych kończyn dolnych,</p> <p>3) zeza (Cover test, test Hirschberga,</p> <p>4) ostrości wzroku,</p> <p>5) słuchu (badanie orientacyjne szeptem).</p> | <p>Badanie w obecności rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych obejmuje:</p> <p>1. Badanie podmiotowe:</p> <p>1) wywiad od rodziców i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych;</p> <p>2) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy;</p> <p>3) analizę innej indywidualnej dokumentacji medycznej.</p> <p>2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny:</p> <p>1) rozwoju fizycznego;</p> <p>2) rozwoju psychomotorycznego;</p> <p>3) mowy;</p> <p>4) lateralizacji;</p> <p>5) układu ruchu;</p> <p>6) jamy ustnej;</p> <p>7) u chłopców - obecności jąder w mosznie i wad układu moczowo-płciowego.</p> <p>3. Badania lekarskie specjalistyczne i laboratoryjne w razie potrzeby.</p> <p>Podsumowanie badania z określeniem:</p> <p>zdrowotnej dojrzałości szkolnej i kwalifikacji do grupy na</p> | <p>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych.</p> <p>2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW i wskaźnika puw.</p> <p>3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu, spełniających co najmniej jeden z warunków:</p> <p>1) wyraźne zniekształcenie;</p> <p>2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia.</p> <p>4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.</p> | <p>Grupowa profilaktyka fluorkowa metodą nadzorowanego szczotkowania zębów / wykonywana w klasach I - VI, 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni/.</p> |

| | | | |
|--------------------|--|---|--|
| | | zajęciach wychowania fizycznego (w tym nauki pływania) oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia. | |
| Klasa III (10 lat) | <p>Test do wykrywania zaburzeń:</p> <p>1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2) układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, 3) ostrości wzroku, 4) widzenia barw, 5) ciśnienia tętniczego krwi.</p> | <p>Badanie w obecności rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych obejmuje:</p> <p>1. Badanie podmiotowe: 1) wywiad od rodziców i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; 2) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy; 3) analizę innej indywidualnej dokumentacji medycznej. 2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny: 1) rozwoju fizycznego; 2) rozwoju psychospołecznego; 3) układu ruchu; 4) układu moczowo-płciowego; 5) dojrzewania płciowego według skali Tannera; 6) tarczycy; 7) jamy ustnej. 3. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby. 4. Podsumowanie badania z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Poradnictwo w zakresie</p> | <p>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych i puw dla zębów mlecznych. 2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW i wskaźnika puw. 3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu, spełniających co najmniej jeden z warunków: 1) wyraźne zniekształcenie; 2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia. 4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.</p> |

| | | | | |
|----------------------------|--|---|--|--|
| | | prozdrowotnego stylu życia. | | |
| Klasa V (12 lat) | Test do wykrywania zaburzeń: 1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2) układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa, 3) ostrości wzroku. | Postępowanie poprzęsiewowe u uczniów z dodatnim wynikiem testu. | 1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych. 2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW. 3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu spełniających co najmniej jeden z warunków: 1) wyraźne zniekształcenie; 2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia. 4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa. | |
| Klasa I gimnazjum (13 lat) | Test do wykrywania zaburzeń: 1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2) układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej, 3) ostrości wzroku, | Badanie w obecności rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych obejmuje: 1. Badanie podmiotowe: 1) wywiad od rodziców i dziecka, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; 2) analiza informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy; 3) analiza innej indywidualnej | 1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych. 2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW. 3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu spełniających co | |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | <p>4) słuchu (badanie orientacyjne szeptem), 5) ciśnienia tętniczego krwi.</p> | <p>dokumentacji medycznej. 2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny: 1) rozwoju fizycznego; 2) rozwoju psychospołecznego; 3) układu ruchu; 4) tarczycy; 5) dojrzewania płciowego; 6) układu moczowo-płciowego; 7) jamy ustnej; 8) skóry. 1. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby. 2. Podsumowanie badania z określeniem poziomu i tempa wzrastania oraz dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna) przystosowania szkolnego, kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia.</p> | <p>najmniej jeden z warunków: 1) wyraźne zniekształcenie; 2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia. 4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.</p> | |
| <p>klasa I szkoły ponadgimnazjalnej (16 lat)</p> | <p>Test do wykrywania zaburzeń: 1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2) układu ruchu, w tym boczego skrzywienia kręgosłupa i nadmiernej kifozy piersiowej, 3) ostrości wzroku, 4) ciśnienia tętniczego krwi.</p> | <p>Badanie obejmuje: 1. Badanie podmiotowe: 1) wywiad od ucznia i rodziców, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; 2) analizę informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy; 3) analiza innej indywidualnej dokumentacji medycznej. 2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny: 1) rozwoju fizycznego; 2) rozwoju psychospołecznego; 3) procesu dojrzewania płciowego; 4) układu ruchu; 5) tarczycy;</p> | <p>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych. 2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW. 3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu, spełniających co najmniej jeden z warunków: 1) wyraźne zniekształcenie; 2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia.</p> | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | | <p>6) jamy ustnej; 7) skóry.</p> <p>3. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby. Podsumowanie badania z określeniem poziomu i tempa rozwoju fizycznego i dojrzewania płciowego, rozwoju psychospołecznego (ocena orientacyjna), kwalifikacji do grupy na zajęciach wychowania fizycznego i sportu szkolnego oraz ewentualnego problemu zdrowotnego. Poradnictwo w zakresie prozdrowotnego stylu życia oraz z punktu widzenia przyszłego wyboru dalszego kształcenia lub pracy zawodowej.</p> | <p>4. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej, w tym profesjonalna profilaktyka fluorkowa.</p> |
| <p>Klasa ostatnia szkoły ponadgimnazjalnej (19 lat)</p> | <p>Test do wykrywania zaburzeń: 1) rozwoju fizycznego (pomiar wysokości i masy ciała), 2) ostrości wzroku, 3) ciśnienia tętniczego krwi.</p> | <p>Badanie obejmuje: 1. Badanie podmiotowe: 1) wywiad od ucznia, z uwzględnieniem czynników ryzyka dla zdrowia oraz zachowań zdrowotnych; 2) analiza informacji zawartej w karcie badania profilaktycznego od: pielęgniarki szkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem wyników testów przesiewowych, oraz od wychowawcy klasy; 3) analiza innej indywidualnej dokumentacji medycznej. 2. Badanie przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem oceny: 1) rozwoju fizycznego; 2) rozwoju psychospołecznego; 3) układu moczowo-płciowego i dojrzałości płciowej; 4) układu ruchu; 5) tarczycy; 6) jamy ustnej; 7) skóry. 3. Badania specjalistyczne lekarskie i laboratoryjne w razie potrzeby. Podsumowanie wyników</p> | <p>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy: PUW dla zębów stałych. 2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW. 3. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu, spełniających co najmniej jeden z warunków: 1) wyraźne zniekształcenie; 2) wyraźne ograniczenie funkcji żucia lub gryzienia. 4. Ocena stanu zdrowia jamy ustnej z uwzględnieniem stanu uzębienia, przyzębia</p> |

| | | | | |
|--|--|---|-------------------------------|--|
| | | badania z określeniem ewentualnego problemu zdrowotnego oraz sugestii i rad dotyczących dalszego kształcenia i wyboru zawodu, przyszłego rodzicielstwa, prozdrowotnego stylu życia, w tym aktywności fizycznej. | i błony śluzowej jamy ustnej. | |
|--|--|---|-------------------------------|--|

* Badanie przeprowadza się w przypadku braku profilaktycznego badania lekarskiego (bilansu zdrowia) wykonywanego w wieku 6 lat.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 23 ust. 3 ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. ..., poz.).

Przedmiotowe rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U. Nr 130, poz. 1196 oraz z 2004 r. Nr..., poz. ...) wydanym na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, które wprowadziło jednolite uregulowania prawne dla całego kraju w zakresie zabezpieczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży do ukończenia 19 roku życia, w szczególności w środowisku nauczania i wychowania.

Niniejszy projekt, analogicznie do treści dotychczas obowiązującego rozporządzenia, określa zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą do ukończenia 19 roku życia, a także zakres informacji przekazywanych wojewodzie o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad tymi osobami. Głównymi założeniami projektu rozporządzenia są:

- 1) profilaktyczna opieka pielęgniarska sprawowana przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktycznym;
- 2) opieki lekarska sprawowana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 3) profilaktyczna opieka stomatologiczna sprawowana przez lekarzy stomatologów, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przysługujących dzieciom i młodzieży do ukończenia 19 roku życia, w miejscu określonym w tej umowie.

Przedmiot regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Ocena skutków regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja.

Projekt rozporządzenia ma umożliwić sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą do ukończenia 19 roku życia, w środowisku nauczania i wychowania. Cel projektu może być zrealizowany pod warunkiem zapewnienia przez szkoły lub organy prowadzące odpowiednich pomieszczeń na gabinety profilaktyczne oraz ich wyposażenia.

2. Konsultacje społeczne.

Równolegle do uzgodnień międzyresortowych projekt rozporządzenia zostanie skonsultowany z następującymi podmiotami:

- 1) marszałkowie województw;
- 2) Naczelna Izba Aptekarska;
- 3) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 4) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 5) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 6) Naczelna Rada Lekarska;
- 7) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Projekt zostanie również zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia. Wyniki konsultacji zostaną przedstawione w niniejszej Ocenie po ich zakończeniu.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Wdrożenie rozporządzenia wymaga zapewnienia środków finansowych umożliwiających sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą objętych obowiązkiem szkolnym oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ukończenia 19 roku życia. Na koszt tej opieki składają się:

- 1) koszty profilaktycznych świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną;

- 2) koszty profilaktycznego programu zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grupy wysokiego ryzyka choroby;
- 3) koszty adaptacji pomieszczeń przeznaczonych na gabinety profilaktyczne w szkołach;
- 4) koszty organizacji, wyposażenia i utrzymania gabinetów profilaktycznych w szkołach.

Szacunkowe koszty roczne w tys. zł wdrażania systemu w latach – 2003-**2005**:

| Koszty | Źródło finansowania | 2003 | 2004 | 2005 |
|---|--|---------|---------|----------------|
| Kontrakty pielęgniarstwa i higienistek szkolnych | System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego | 196 241 | 196 241 | 196 241 |
| Koszt wyposażenia i funkcjonowania gabinetów uruchamianych w latach 2004 i 2005 | Samorząd terytorialny (organy prowadzące szkoły) | | 121584 | 131 961 |
| Koszt adaptacji pomieszczeń | 1 % rezerwa części oświatowej subwencji ogólnej | 6240 | 6240 | 10 320 |
| Profilaktyczny program zapobiegania próchnicy dla dzieci i młodzieży z grupy wysokiego ryzyka choroby | System powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego | 3 000 | 3 000 | 3 000 |
| | RAZEM | 205481 | 327065 | 341 522 |

Regulując system profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r.), przyjęto, że w 2003 r. 1% rezerwy części oświatowej subwencji ogólnej będzie przeznaczona na adaptację 5200 pomieszczeń, z przeznaczeniem na utworzenie gabinetów profilaktycznych. W

roku 2004 zostanie utworzonych i wyposażonych 10400 gabinetów profilaktycznych, a w roku 2005 – 8600 nowych gabinetów.

Koszty profilaktycznych świadczeń zdrowotnych, realizowanych w ramach kontraktów pielęgniarskich lub higienistek szkolnych, będą pokrywane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Roczny koszt tych świadczeń szacuje się na poziomie 196,2 mln zł., według poniższej kalkulacji:

(w tabeli podano miesięczne koszty w skali kraju)

| Typ szkoły | Liczba uczniów w roku 2002 | Miesięczna stawka kapitacyjna w zł. | Kwota w zł. |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|--------------------|
| Szkoły ogólnodostępne | 6 366 127 | 2,50 | 15 915 318 |
| Szkoły specjalne | 109 526 | 4,00 | 438 104 |
| RAZEM Miesięcznie | | | 16 353 422 |

Uzasadnieniem zróżnicowania stawek dla pielęgniarek w szkołach ogólnodostępnych i specjalnych jest dodatkowy zakres czynności jakie wykonują pielęgniarki w szkołach specjalnych. W stawce kapitacyjnej uwzględnione zostały koszty: świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarkę, badań lekarskich uczniów przed obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi, wyposażenia gabinetów profilaktycznych w szkole w drobny sprzęt medyczny (np. igły, strzykawki) i środki niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz zestaw przeciwwstrząsowy. Przedstawiona kalkulacja kosztów opracowana jest przy założeniu 800 uczniów przypadających na 1 pielęgniarkę w szkołach ogólnodostępnych.

Kwestie dotyczące obowiązkowych szczepień ochronnych, zakupu preparatów do ich przeprowadzenia, a także wykazu szczepień obowiązkowych uregulowane zostały w ustawie z dnia 6 września 2001r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz. 1384, z późn. zm.) oraz w aktach wykonawczych do tej ustawy. Zgodnie z postanowieniami art. 16 ust. 6 ustawy, koszty zakupu preparatów do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych są finansowane z budżetu państwa, z części,

której dysponentem jest Minister Zdrowia. Roczny koszt szczepionek do wykonywania obowiązkowych szczepień ochronnych uczniów, szacuje się na kwotę 27 500 tys. zł.

Dla wykonywania zadań z zakresu profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania konieczne jest przygotowanie odpowiednich pomieszczeń w szkołach. Koszty adaptacji pomieszczeń, wyposażenia gabinetu w niezbędny sprzęt oraz zapewnienie ich funkcjonowania będą pokrywane przez organy prowadzące te szkoły; w przypadku szkół publicznych – przez jednostki samorządów terytorialnych. W szkołach prowadzonych przez właściwych ministrów, koszty związane z adaptacją pomieszczeń przeznaczonych na gabinety profilaktyczne, z ich wyposażeniem i utrzymaniem, pokrywane będą przez właściwych ministrów.

Tworzenie gabinetów profilaktycznych w szkołach będzie przebiegało zgodnie z przygotowaniem przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu we współpracy z Ministerstwem Zdrowia projektem „Założenia do systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”.

Projekt dokumentu przedstawiający zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania, wraz z szacunkowym kosztem wdrożenia systemu, jest (stan na dzień 22 kwietnia 2004 r.) na etapie dokonywania końcowych korekt zapisów, w wyniku uwzględnienia zgłoszonych uwag zewnętrznych. Przyjęto następujące założenia do wyliczeń kosztów uruchomienia i utrzymania gabinetów:

| | |
|---|-------------|
| 1) koszt wyposażenia nowego gabinetu | 6540,00zł. |
| 2) koszt utrzymania istniejącego przez cały rok gabinetu | 5150,80 zł. |
| 3) koszt utrzymania nowouruchamianego w danym roku gabinetu średnio 0,5 kosztów utrzymania istniejącego gabinetu (gabinety będą powstawały w ciągu całego roku) | 2575,40 zł. |
| 4) koszt adaptacji 1 pomieszczenia (z przeznaczeniem na gabinet profilaktyczny) | 1200,00 zł. |

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na rynek pracy. W tworzonych gabinetach profilaktycznych powstaną dodatkowe miejsca pracy dla

pielęgniarek posiadających kwalifikacje z zakresu pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania oraz higienistek szkolnych.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2004 r.

w sprawie sposobu dokonywania kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu

Na podstawie art. 23 ust. 4 ustawy z dnia2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. ..., poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Kwalifikacji dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu dokonuje lekarz specjalista w dziedzinie medycyny sportowej, z zastrzeżeniem § 3 ust. 4.

2. Ustala się następujące kategorie wiekowe umożliwiające rozpoczęcie uprawiania określonych dyscyplin sportu:

- 1) do ukończenia 6 roku życia – wszelkie dyscypliny sportu oparte na naturalnych formach ruchu w formie gier i zabaw ruchowych;
- 2) od rozpoczęcia 7 roku życia – dyscypliny sportu oparte na naturalnych formach ruchu, kształtujące koordynację ruchu, nieprzeciążające wybiórczo narządu ruchu;
- 3) od rozpoczęcia 9 roku życia – dyscypliny sportu kształtujące oprócz zwinności także szybkość i dynamikę ruchu;
- 4) od rozpoczęcia 11 roku życia – dyscypliny sportu kształtujące wytrzymałość i siłę;
- 5) od rozpoczęcia 14 roku życia – dyscypliny sportu polegające na wprowadzeniu w pełnym zakresie treningu wytrzymałościowego;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. Nr 106, poz. 1131).

6) od rozpoczęcia 18 roku życia – dyscypliny sportu polegające na wprowadzeniu statycznych ćwiczeń siłowych.

§ 2. 1. Warunkiem zakwalifikowania do poszczególnych dyscyplin sportu dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu jest posiadanie ważnego zaświadczenia lekarskiego o dopuszczeniu do uprawiania określonej dyscypliny sportu.

2. Warunkiem kontynuowania przez dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia uprawiania amatorsko określonej dyscypliny sportu i posiadających licencję na jej uprawianie jest posiadanie ważnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu.

§ 3. 1. W stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu przeprowadza się wstępne badania lekarskie i wydaje zaświadczenie, o którym mowa w § 2 ust. 1.

2. Badania, o których mowa w ust. 1, przeprowadza lekarz specjalista w dziedzinie medycyny sportowej lub, w odniesieniu do niepełnosprawnych, lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej, na podstawie skierowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem ust. 4.

3. W stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia uprawiających amatorsko określoną dyscyplinę sportu i posiadających licencję na jej uprawianie przeprowadza się okresowe badania lekarskie i wydaje zaświadczenie, o którym mowa w § 2 ust. 2.

4. W przypadku braku lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej, badania lekarskie i zaświadczenia, o których mowa w § 2, przeprowadza i wydaje lekarz posiadający certyfikat nadany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej.

5. W stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia uprawiających amatorsko określoną dyscyplinę sportu i posiadających licencję na jej uprawianie, która podczas uprawiania określonych dyscyplin sportu doznała urazów, w tym urazu głowy, zmian przeciążeniowych, utraciła przytomność lub przegrała walkę przez nokaut, przeprowadza się kontrolne badania lekarskie i w przypadku braku przeciwwskazań

wydaje zaświadczenie, o którym mowa w § 2 ust. 2.

§ 4. 1. Wstępne i okresowe badania lekarskie wykonywane w celu wydania zaświadczenia, o którym mowa w § 2, obejmują:

- 1) ogólne badania lekarskie;
- 2) badania specjalistyczne i diagnostyczne w zakresie niezbędnym do wydania zaświadczenia.

2. Zakres koniecznych badań lekarskich oraz częstotliwość ich przeprowadzania w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie sportu albo posiadających licencję są określone w załączniku do rozporządzenia.

§ 5. 1. W przypadku odmowy wydania zaświadczenia, o którym mowa w § 2, przedstawiciel ustawowy dziecka albo pełnoletnia osoba ubiegająca się o wydanie zaświadczenia może złożyć wniosek o ponowne przeprowadzenie badań. Do wniosku dołącza się zaświadczenie i kopię dokumentacji medycznej dotyczącej przeprowadzonych badań.

2. Odwołanie, o którym mowa w ust. 1, składa się, w terminie 14 dni od dnia wystawienia zaświadczenia, do Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej w Warszawie.

3. Odwołanie, o którym mowa w ust. 1, rozpatruje się w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.

4. Zaświadczenie, o którym mowa w § 2, wydaje lekarz specjalista w dziedzinie medycyny sportowej wyznaczony przez Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej na podstawie:

- 1) dokumentacji medycznej, o której mowa w ust. 1;
- 2) wyników dodatkowych badań, jeżeli lekarz ten uzna ich wykonanie za niezbędne.

§ 6. 1. Dzieci i młodzież do ukończenia 21 roku życia uczestniczące w treningach i zawodach sportowych powinny posiadać ważne zaświadczenie, o którym mowa w § 2.

2. Zaświadczenie, o którym mowa w § 2, wydaje się na czas, który jest określony w

załączniku do rozporządzenia.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.²⁾

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:

**MINISTER EDUKACJI NARODOWEJ
I SPORTU**

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lipca 2003 r. w sprawie sposobu dokonywania kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu (Dz.U. Nr 141, poz. 1379).

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia (poz.)

**ZAKRES KONIECZNYCH BADAŃ LEKARSKICH ORAZ CZĘSTOTLIWOŚĆ ICH
PRZEPROWADZANIA W STOSUNKU DO DZIECI I MŁODZIEŻY DO UKOŃCZENIA
21 ROKU ŻYCIA UBIEGAJĄCYCH SIĘ O PRZYZNIANIE I POSIADAJĄCYCH
LICENCJĘ NA AMATORSKIE UPRAWIANIE SPORTU**

1. Badania ogólne, specjalistyczne i diagnostyczne obejmują:

- 1) pomiary antropometryczne;
- 2) ogólne badanie lekarskie;
- 3) badanie ortopedyczne;
- 4) próbę wysiłkową;
- 5) przegląd stomatologiczny;
- 6) badanie elektrokardiograficzne;
- 7) badanie ogólne moczu z oceną mikroskopową osadu, odczyn opadania krwinek czerwonych, morfologię krwi obwodowej z wzorem odsetkowym;
- 8) konsultację laryngologiczną;
- 9) konsultację okulistyczną;
- 10) konsultację neurologiczną;
- 11) badanie elektroencefalograficzne;
- 12) oznaczenie poziomu glukozy w surowicy krwi;
- 13) badanie radiologiczne odcinka szyjnego kręgosłupa;
- 14) badanie radiologiczne odcinka lędźwiowego kręgosłupa;
- 15) badanie spirometryczne;
- 16) konsultację psychologiczną.

2. Badania wstępne dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu obejmują badania wymienione w ust. 1 pkt 1-9.

3. Badania okresowe obejmują badania przeprowadzane:

- 1) co 6 miesięcy - w przypadku badań, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3;
- 2) co rok - w przypadku badań, o których mowa w ust. 1 pkt 4-7;
- 3) co dwa lata - w przypadku badań, o których mowa w ust. 1 pkt 8 i 9.

4. Badania, o których mowa w ust. 1 pkt 10 i 11, przeprowadza się przed dopuszczeniem do udziału w treningach i zajęciach specjalistycznych dzieci i młodzieży do 21 roku życia uprawiających amatorsko boks, kick-boxing, dalekowschodnie sporty i sztuki walki, pływonurkowanie oraz skoki spadochronowe i sport lotniowy, paralotniowy i motolotniowy oraz powtarza co dwa lata.

5. Badanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 12, przeprowadza się przed dopuszczeniem do udziału w treningach i zajęciach specjalistycznych w odniesieniu do młodzieży uprawiającej pływonurkowanie oraz skoki spadochronowe i sport lotniowy, paralotniowy i motolotniowy oraz sporty motorowe i powtarza co rok.

6. Badanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 13, przeprowadza się w odniesieniu do młodzieży ubiegającej się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie judo i zapasów oraz przed dopuszczeniem do udziału w treningach i zajęciach specjalistycznych w tej dyscyplinie sportu i powtarza co dwa lata.

7. Badanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 14, przeprowadza się w odniesieniu do młodzieży ubiegającej się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie podnoszenia ciężarów oraz przed dopuszczeniem do udziału w treningach i zajęciach specjalistycznych w tej dyscyplinie sportu i powtarza co dwa lata.

8. Badanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 15, przeprowadza się w odniesieniu do młodzieży ubiegającej się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie pływonurkowania oraz przed dopuszczeniem do udziału w treningach i zajęciach specjalistycznych w tej dyscyplinie sportu i powtarza co rok.

9. Badanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 16, przeprowadza się w odniesieniu do młodzieży ubiegającej się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie skoków spadochronowych i sportów lotniowych, paralotniowych i motolotniowych przed dopuszczeniem do udziału w treningach i zajęciach specjalistycznych w tej dyscyplinie sportu.

UZASADNIENIE

Ustawa z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. ..., poz.) zawiera upoważnienie dla ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw kultury fizycznej i sportu, sposobów kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie sportu z uwzględnieniem potrzeby szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

Przedmiotowy projekt rozporządzenia był poprzedzony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lipca 2003 r. w sprawie sposobu dokonywania kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu (Dz.U. Nr 141, poz. 1379), wydanym na podstawie art. 50 ust. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia i niniejszy projekt stanowi kontynuację rozwiązań prawnych przyjętych w powyższym akcie wykonawczym.

Uznano, zgodnie z upoważnieniem ustawowym, iż rozporządzenie winno dotyczyć tylko dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia uprawiającej sport amatorski ubiegającej się albo posiadającej licencję na uprawianie określonej dyscypliny sportu, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej (Dz. U. Nr 25, poz. 113, z późn. zm.).

Niniejszy projekt zakłada, iż decyzja o zakwalifikowaniu dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegającej się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu należeć będzie do lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny sportowej oraz lekarza posiadającego certyfikat nadany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej.

W projekcie oznaczono również kategorie wiekowe wskazane do uprawiania poszczególnych dyscyplin, które uwzględniają potrzebę szczególnej ochrony zdrowia

dzieci i młodzieży. Za główne kryterium przyjęto wiek biologiczny dzieci i młodzieży. Jest to zasadne również ze względu na ochronę rosnącego organizmu przed nadmiernymi obciążeniami fizycznymi, grożącymi trwałą utratą zdrowia.

Projekt rozporządzenia określa ponadto zakres wykonywania badań lekarskich i diagnostycznych oraz okresy w jakich należy je kontrolować w odniesieniu do poszczególnych dziedzin i dyscyplin sportu (załącznik do rozporządzenia). W przypadku osób ubiegających się o wydanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu skierowanie na badanie wykonywane przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny sportowej wydawać będzie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Projekt określa także okres ważności zaświadczenia, jak również dopuszcza zakwestionowanie jego treści przez osoby zainteresowane i złożenie odwołania do właściwego ośrodka medycyny sportowej.

Przedmiot regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Ocena skutków regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja.

Przepisy rozporządzenia dotyczyć będą sposobu dokonywania kwalifikacji do poszczególnych dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu z uwzględnieniem szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży.

Wejście w życie rozporządzenia wywoła pozytywne skutki w zakresie sprawowania opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą uprawiającą sport amatorski. W rozporządzeniu oznaczono również kategorie wiekowe wskazane do uprawiania poszczególnych dyscyplin sportu uwzględniając szczególną potrzebę ochrony zdrowia dzieci i młodzieży. Za główne kryterium przyjęto wiek biologiczny dzieci i młodzieży.

2. Konsultacje społeczne.

Równoległe do uzgodnień międzyresortowych projekt rozporządzenia zostanie skonsultowany z następującymi podmiotami:

- 1) Naczelna Izba Aptekarska;
- 2) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”;
- 4) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 5) Naczelna Rada Lekarska;
- 6) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych.

Projekt zostanie również zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia. Wyniki konsultacji zostaną przedstawione w niniejszej Ocenie po ich zakończeniu.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa ponieważ jego zakres jest zbieżny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lipca 2003 r. w sprawie sposobu dokonywania kwalifikacji do

poszczególnych dyscyplin sportu, zakresu koniecznych badań lekarskich oraz ich częstotliwości w stosunku do dzieci i młodzieży do ukończenia 21 roku życia ubiegających się o przyznanie licencji na amatorskie uprawianie określonej dyscypliny sportu (Dz.U. Nr 141, poz. 1379), wydanym na podstawie delegacji zawartej w art. 50 ust. 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na warunki życia społecznego i gospodarczego w regionach.

Projektowane regulacje nie powodują istotnych długookresowych następstw w rozwoju społecznym i gospodarczym.

5. Wpływu regulacji na rynek pracy.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

6. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia

**w sprawie określenia wykazu grup jednostek chorobowych, stopni
niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy
w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego**

Na podstawie art. 37 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr, poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa grupy jednostek chorobowych, stopnie niesprawności oraz wysokość udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego w odniesieniu do świadczeniobiorców, którzy:

- 1) nie wymagają: konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub zachowania ciągłości leczenia;
- 2) nie posiadają dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego w celu przejazdu na leczenie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.

§ 2. Określa się wykaz grup jednostek chorobowych, ze względu na które lekarz ubezpieczenia zdrowotnego ustala stopień niesprawności:

- 1) choroby krwi i narządów krwiotwórczych;
- 2) choroby nowotworowe;
- 3) choroby oczu;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1131).

- 4) choroby przemiany materii;
- 5) choroby psychiczne;
- 6) choroby skóry i tkanki podskórnej;
- 7) choroby układu krążenia;
- 8) choroby układu moczowo-płciowego;
- 9) choroby układu nerwowego;
- 10) choroby układu oddechowego;
- 11) choroby układu ruchu;
- 12) choroby układu trawiennego;
- 13) choroby układu wydzielania wewnętrznego;
- 14) choroby zakaźne;
- 15) urazy i zatrucia;
- 16) wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe.

§ 3. Przy określaniu stopnia niesprawności dla świadczeniobiorców, o których mowa w § 1, uwzględnia się:

- 1) możliwość samodzielnego poruszania się oraz konieczność pomocy drugiej osoby przy korzystaniu ze środków transportu publicznego;
- 2) ogólny stan zdrowia.

§ 4. W zależności od wskazań medycznych ustalonych przy uwzględnieniu grup, o których mowa w § 2, oraz czynników, o których mowa w § 3, określa się dwa stopnie niesprawności:

- 1) niesprawność I stopnia – do której zalicza się osobę zdolną do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby i zdolną do korzystania ze środków transportu publicznego;
- 2) niesprawność II stopnia – do której zalicza się osobę zdolną do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymagającą przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

§ 5. Stopień niesprawności świadczeniobiorcy określa lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, dokonując wpisu w dokumentacji medycznej oraz dokumentacji prowadzonej na potrzeby ubezpieczenia zdrowotnego, oraz wydaje zlecenie na przewóz.

§ 6. W przypadku świadczeniobiorców chorujących na choroby wymienione w § 2, wobec których ustalono:

- 1) I stopień niesprawności – udział własny świadczeniobiorcy w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego wynosi 100%;
- 2) II stopień niesprawności – udział własny świadczeniobiorcy w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego wynosi 60%.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

MINISTER ZDROWIA

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2003 r. w sprawie określenia wykazu jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu publicznego (Dz. U. Nr 88, poz. 815).

UZASADNIENIE

Na podstawie art. 37 ust. 4 ustawy z o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Minister Zdrowia został zobowiązany po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazu grup jednostek chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkami transportu sanitarnego, w zależności od wskazań medycznych.

Rozporządzenie to zastępuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2003 r. w sprawie określenia wykazu jednostek chorobowych stopni niesprawności oraz wysokości udziałów własnego ubezpieczonego w kosztach przejazdu środkami transportu publicznego (Dz. U. Nr 88, poz. 815).

Rozporządzenie swym zakresem obejmuje świadczeniobiorców chorujących na choroby wymienione w § 2 spełniających łącznie następujące kryteria: niewymagających konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej lub konieczności kontynuacji leczenia oraz nieposiadających dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego w celu odbycia leczenia do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie i z powrotem.

Międzynarodowa Klasyfikacja Upośledzenia, Niesprawności i Kalectwa (ICIDH) ustalona w 1980 r. przez Światową Organizację Zdrowia niesprawność definiuje jako ograniczenie lub brak (na skutek upośledzenia) zdolności wykonywania czynności w sposób normalny lub w zakresie powszechnie uważanym za normalny. Pojęcie to wykorzystywane jest w świadczeniach rehabilitacyjnych oraz dla społecznej integracji osób niepełnosprawnych.

Stopnie niesprawności określa lekarz ubezpieczenia zdrowotnego w zależności od wskazań medycznych.

Wysokość udziału ubezpieczonego w kosztach przewozu środkiem transportu sanitarnego ustalono na 100% i 60% w zależności od stopnia niesprawności.

Wydanie rozporządzenia pozwoli na obiektywne ustalenie przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, potrzeby przewozu świadczeniobiorcy środkiem transportu sanitarnego w zakresie objętym rozporządzeniem oraz ujednolici postępowanie w tym zakresie na terenie całego kraju.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja

Zakres regulacji projektowanego rozporządzenia obejmuje:

- świadczeniodawców,
- świadczeniobiorców.

Przepisy rozporządzenia dotyczyć będą wykazu kategorii chorobowych, stopni niesprawności oraz wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w kosztach przejazdu środkiem transportu sanitarnego. Regulacje dotyczyć będą ubezpieczonych, dając możliwość wyboru między środkiem transportu sanitarnego (z określoną odpłatnością) a środkiem transportu publicznego lub niepublicznego.

2. Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do samorządów zawodów medycznych oraz do stowarzyszeń pacjentów celem zaopiniowania.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki sektora finansów publicznych

Rozporządzenie nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa.

Rozporządzenie ureguje i uporządkuje w skali całego kraju zasady transportu sanitarnego i odpłatności za ten transport osób niesprawnych, którym nie przysługuje z mocy ustawy bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, dając możliwość wyboru środka transportu spośród środków publicznych lub niepublicznych. W przypadku pierwszego stopnia niesprawności świadczeniobiorca będzie ponosił pełne koszty transportu, w przypadku drugiego stopnia niesprawności odpłatność będzie wynosiła 60%. Oszacowanie kosztów, jakie będzie ponosił w tym przypadku Narodowy Fundusz Zdrowia, będzie możliwe dopiero określenie świadczeń uznanych za gwarantowane oraz po czasowej analizie wykorzystania przez ubezpieczonych nowo nabytych uprawnień.

Zwrócić należy uwagę, że ustawodawca używa określenia koszty, a nie opłaty i tylko kosztami może zostać obciążony ubezpieczony. Należy podkreślić, że poprzez wprowadzenie – w wymienionym rozporządzeniu – pojęcia „kosztów”, czyli równowartości skalkulowanych rzeczywistych kosztów, wykluczono możliwość takiej kalkulacji, która stanowiłaby źródło dodatkowego zysku, a jednocześnie stanowiłaby barierę finansową dla ubezpieczonych.

4. Wpływ regulacji na warunki życia społecznego i gospodarczego w regionach

Projektowane regulacje nie powodują istotnych długookresowych następstw w rozwoju społecznym i gospodarczym.

5. Wpływu regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

6. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki.

7. Konsultacje społeczne

Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem uzgodnień.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projekt nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia2004 r.

w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 49 ust. 6 ustawy z dnia2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr....., poz.....) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Ustala się zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, który określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie §1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. Nr 106, poz. 1131).

Uzasadnienie

Przedkładane rozporządzenie jest wykonaniem delegacji ustawowej zawartej w art. 49 ust. 6 ustawy z dnia r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rozporządzenie określa zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki nad dziećmi i osobami dorosłymi, z uwzględnieniem kompleksowości udzielanych świadczeń oraz dobra pacjenta.

Zawarty w rozporządzeniu zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej jest istotny dla ustalenia ujednoczonych zasad kontraktacji świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowym Funduszu Zdrowia.

Określony w rozporządzeniu zakres świadczeń opieki zdrowotnej, które są udzielane w podstawowej opiece zdrowotnej gwarantuje osobom objętym opieką medyczną, dostępność do podstawowych świadczeń opieki zdrowotnej oraz udzielanie ich na prawidłowym poziomie .

Przedstawiony katalog działań nie ogranicza możliwości realizowania przez osoby wykonujące zawody medyczne, do których odnosi się rozporządzenie, innych zadań wynikających z odrębnych uregulowań prawnych.

Rozporządzenie określające zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej jest pierwszym aktem prawnym normującym tę problematykę.

Ocena Skutków Regulacji

1. Konsultacje

Projekt rozporządzenia był konsultowany w ramach uzgodnień międzyministerialnych a także rozesłany do organizacji samorządu zawodowego i związków zawodowych pracowników i pracodawców ochrony zdrowia. Uwagi zostały zgłoszone przez Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.

2. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu i sektora publicznego

Przyjęcie rozporządzenia nie wpłynie na budżet państwa oraz jednostek sektora finansów publicznych.

3. Wpływ regulacji na rynek pracy

Brak wpływu

4. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Brak wpływu

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Brak wpływu

Załącznik nr 1

Zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

Część I.

1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, zwany dalej „lekarzem POZ”, wybrany przez ubezpieczonego zgodnie z art. 24 oraz art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”; planuje i realizuje kompleksową opiekę lekarską nad osobą objętą opieką medyczną z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia (w warunkach ambulatoryjnych i domowych) oraz zapewnia dostęp do świadczeń zdrowotnych w trybie dziennej pomocy wyjazdowej w godzinach swojej pracy.

Lekarz POZ może prowadzić poza godzinami pracy dzienną i nocną pomoc wyjazdową.

- 1) w zakresie działań mających na celu zachowanie zdrowia pacjenta lekarz POZ:
 - a) prowadzi edukację zdrowotną ubezpieczonego i zadeklarowanych członków jego rodziny,
 - b) prowadzi systematyczną i okresową ocenę stanu zdrowia pacjentów zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
 - c) uczestniczy w realizacji programów promocji zdrowia,
 - d) inicjuje działania na rzecz zachowania zdrowia w społeczności lokalnej,
 - e) orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki zgodnie z odrębnymi przepisami oraz o stanie zdrowia ubezpieczonego po uprzednim osobistym zbadaniu;
- 2) w zakresie działań mających na celu profilaktykę chorób lekarz POZ:
 - a) identyfikuje czynniki ryzyka oraz zagrożenia zdrowotne pacjentów, a także podejmuje działania ukierunkowane na ich ograniczenie lub eliminację,
 - b) koordynuje wykonanie i dokonuje kwalifikacji do obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych ubezpieczonego, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
 - c) uczestniczy w realizacji programów profilaktycznych,
 - d) współpracuje ze stacjami sanitarno-epidemiologicznymi celem uniknięcia lub zmniejszenia zagrożenia epidemią;
- 3) W zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób:
 - a) planuje i koordynuje postępowanie diagnostyczne, stosownie do stanu zdrowia pacjenta,
 - b) informuje pacjenta o możliwościach postępowania diagnostycznego w odniesieniu do jego stanu zdrowia oraz wskazuje świadczeniodawców właściwych do jego przeprowadzenia,
 - c) przeprowadza badanie podmiotowe pacjenta zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej, z uwzględnieniem budowanej na przestrzeni czasu wiedzy o środowiskowym i rodzinnym kontekście problemów pacjenta,
 - d) przeprowadza badanie przedmiotowe z wykorzystaniem technik dostępnych w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej,
 - e) wykonuje lub zleca wykonanie badań dodatkowych, a w szczególności laboratoryjnych i obrazowych, określonych odrębnymi przepisami,

- f) kieruje pacjenta na konsultację specjalistyczną celem poszerzenia zakresu badań diagnostycznych w przypadku gdy uzna to za konieczne,
 - g) kieruje pacjenta do jednostek lecznictwa zamkniętego celem poszerzenia zakresu badań diagnostycznych w przypadku gdy uzna to za konieczne,
 - h) dokonuje oceny wyników badań i konsultacji wykonanych przez innych świadczeniodawców;
- 4) w zakresie działań mających na celu leczenie chorób lekarz POZ:
- a) planuje i uzgadnia z pacjentem postępowanie terapeutyczne, stosownie do jego problemów zdrowotnych oraz w zgodzie ze współczesną wiedzą medyczną,
 - b) planuje działania edukacyjne mające na celu ograniczenie lub wyeliminowanie stanu będącego przyczyną choroby pacjenta,
 - c) zleca i monitoruje leczenie farmakologiczne,
 - d) wykonuje zabiegi i procedury lecznicze,
 - e) kieruje do innych świadczeniodawców systemu ochrony zdrowia w celu wykonania specjalistycznych zabiegów i procedur leczniczych,
 - f) kieruje do oddziałów lecznictwa stacjonarnego a także do zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych,
 - g) kieruje do leczenia uzdrowiskowego,
 - h) w razie potrzeby współdziała z jednostkami ratownictwa medycznego,
 - i) orzeka o czasowej niezdolności do pracy lub nauki zgodnie z odrębnymi przepisami
 - j) integruje, koordynuje lub kontynuuje działania lecznicze podejmowane w odniesieniu do jego pacjenta przez innych świadczeniodawców;
- 5) w zakresie działań mających na celu usprawnianie pacjenta:
- a) wykonuje zabiegi i procedury rehabilitacyjne, stosownie do posiadanej przez siebie wiedzy i umiejętności oraz posiadanych kwalifikacji i możliwości,
 - b) zleca i monitoruje wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych przez specjalistyczne jednostki lub świadczeniodawców w tym zakresie,
 - c) zleca wydanie pacjentowi przedmiotów ortopedycznych.

2. W realizacji świadczeń zdrowotnych lekarz POZ współpracuje z:

- 1) pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej wybraną przez ubezpieczonego zgodnie z art. 24 oraz art. 50 ust. 1 ustawy;
- 2) położną podstawowej opieki zdrowotnej wybraną przez ubezpieczonego zgodnie z art. 24 oraz art. 50 ust. 1 ustawy;
- 3) pielęgniarką, która ukończyła specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania;
- 4) z pielęgniarką opieki długoterminowej;
- 5) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami pacjentów;
- 6) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia.

3. W zależności od przygotowania zawodowego, udokumentowanego odpowiednią specjalizacją, lekarz POZ udziela świadczeń następującym grupom pacjentów:

- 1) pediatra – dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia;
- 2) internista – osobom dorosłym po ukończeniu 18 roku życia;
- 3) lekarz rodzinny i ogólny – wszystkim osobom niezależnie od wieku.

Część II

Lekarza POZ obowiązuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Część III

Przepisy załącznika nie naruszają prawa lekarzy POZ do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów.

Zakres zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej

Część I

1. Pielęgniarka i położna podstawowej opieki zdrowotnej, zwana dalej „pielęgniarką i położną POZ”, wybrana przez ubezpieczonego zgodnie z art. 24 oraz art. 49 ust. 1 ustawy planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską i pielęgnacyjną, opiekę położniczo- neonatologiczno - ginekologiczną nad ubezpieczonym i jego rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania i nauki, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia w zakresie:
 - 1) promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
 - 2) świadczeń pielęgnacyjnych;
 - 3) świadczeń diagnostycznych;
 - 4) świadczeń leczniczych;
 - 5) świadczeń rehabilitacyjnych.
2. Zadania pielęgniarki i położnej POZ są realizowane przez:
 - 1) pielęgniarkę środowiskową lub rodzinną;
 - 2) położną środowiskową lub rodzinną;
 - 3) pielęgniarkę, która ukończyła specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania;
 - 4) pielęgniarkę opieki długoterminowej.

Część II

A. Zakres zadań pielęgniarki środowiskowej(rodzinnej)

1. Pielęgniarka środowiskowa (rodzinna) planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad jednostką, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia obejmując opieką:
 - 1) zdrowych i chorych niezależnie od płci i wieku;
 - 2) osoby niepełnosprawne;
 - 3) osoby w stanie terminalnym.
2. W realizacji świadczeń zdrowotnych pielęgniarka środowiskowa (rodzinna) współpracuje z:
 - 1) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej(rodzinnym) wybranym przez ubezpieczonego zgodnie z art. 24 oraz art. 50 ust. 1 ustawy;
 - 2) pielęgniarką, która ukończyła specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania;
 - 3) położną środowiskową lub rodzinną wybraną przez ubezpieczonego zgodnie z art. 50 ust. 1 ustawy;
 - 4) pielęgniarką opieki długoterminowej;
 - 5) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych;
 - 6) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia rodziny.
3. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki obejmują:
 - 1) rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym podopiecznych;
 - 2) rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych podopiecznych;
 - 3) prowadzenie edukacji zdrowotnej, w tym dokonywanie oceny poziomu wiedzy, umiejętności i motywacji podopiecznych do zachowań prozdrowotnych;
 - 4) prowadzenie poradnictwa w zakresie zdrowego stylu życia;
 - 5) realizację programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób;
 - 6) organizację grup wsparcia;
 - 7) wykonywanie szczepień obowiązkowych i zalecanych zgodnie z odrębnymi przepisami;
 - 8) prowadzenie działań profilaktycznych u podopiecznych z grup ryzyka zdrowotnego.
4. Świadczenia pielęgnacyjne obejmują:
 - 1) realizację opieki pielęgnacyjnej u pacjentów w różnych fazach życia i choroby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgniarskiej;
 - 2) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych;
 - 3) przygotowywanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności.
5. Świadczenia diagnostyczne obejmują:
 - 1) przeprowadzanie wywiadów środowiskowych;
 - 2) wykonywanie badania fizykalnego;
 - 3) wykonywanie pomiarów i ich ocena;
 - 4) wykonywanie testów i badań diagnostycznych (glukometria lub glukotest);

- 5) prowadzenie bilansu wodnego;
 - 6) ocena stanu ogólnego chorego oraz procesu jego zdrowienia;
 - 7) ocena i monitorowanie bólu w opiece paliatywnej.
6. Świadczenia lecznicze obejmują:
- 1) ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych;
 - 2) dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego;
 - 3) zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna;
 - 4) cewnikowanie pęcherza u kobiet (u mężczyzn po przeszkoleniu);
 - 5) wykonywanie wlewów / wlewk doodbytniczych;
 - 6) podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza lub wynikającymi z kompetencji pielęgniarki;
 - 7) wykonywanie iniekcji dożylnych, domięśniowych, podskórnych i śródskórnych zleconych przez lekarza;
 - 8) zakładanie opatrunków na rany, odleżyny, oparzenia;
 - 9) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach i ranach trudno gojących;
 - 10) wykonywanie inhalacji, doraźne podawanie tlenu;
 - 11) zdejmowanie szwów;
 - 12) stawianie baniek lekarskich;
 - 13) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
7. Świadczenia rehabilitacyjne obejmują:
- 1) koordynację i współdziałanie w rehabilitacji przyłóżkowej (domowej) w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego, długotrwałego unieruchomienia;
 - 2) usprawnianie ruchowe;
 - 3) drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej;
 - 4) ćwiczenia ogólnousprawniające;
 - 5) przemieszczanie i ułożenie chorego w łóżku w uzgodnieniu z lekarzem.

B. Zakres zadań położnej środowiskowej(rodzinnej)

1. Położna środowiskowa (rodzinna) realizuje kompleksową pielęgnacyjną opiekę położniczo-ginekologiczną obejmującą:
 - 1) edukację w zakresie planowania rodziny;
 - 2) opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu;
 - 3) opiekę nad kobietą, noworodkiem, niemowlęciem i rodziną;
 - 4) opiekę w schorzeniach ginekologicznych i onkologicznych;
 - 5) opiekę nad kobietą w każdym okresie jej życia.
2. W realizacji świadczeń zdrowotnych położna środowiskowa (rodzinna) współpracuje z:
 - 1) lekarzem ginekologiem (położnikiem) udzielającym świadczeń specjalistycznych w obszarze jej działania wybranym przez ubezpieczoną zgodnie z art. 24 oraz art. 50 ust. 1 ustawy;
 - 2) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnym) wybranym przez ubezpieczoną zgodnie z art. 24 oraz art. 50 ust. 1 ustawy;
 - 3) pielęgniarką (położną) POZ wybraną przez ubezpieczoną zgodnie z art. 24 oraz art. 50 ust. 1 ustawy;
 - 4) pielęgniarką która ukończyła specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania;
 - 5) pielęgniarką opieki długoterminowej;
 - 6) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych;
 - 7) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia rodziny.
3. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki obejmują:
 - 1) diagnozowanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym kobiet w przebiegu ciąży;
 - 2) ocenę zagrożeń zdrowotnych wynikających z działania czynników szkodliwych w środowisku;
 - 3) edukację kobiety we wszystkich okresach życia do prowadzenia samoobserwacji, do podejmowania działań wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka nowotworowego;
 - 4) poradnictwo w zakresie samoopieki i samopielęgnacji w zdrowiu, profilaktyce chorób;
 - 5) edukację prozdrowotną;
 - 6) organizację grup wsparcia;
 - 7) prowadzenie czynnego poradnictwa w zakresie profilaktyki chorób wieku dziecięcego i chorób ginekologicznych, onkologicznych;
 - 8) prowadzenie programu przygotowania do porodu, z uwzględnieniem porodu rodzinnego;
 - 9) promowanie karmienia piersią;

- 10) edukację w zakresie zapobiegania zakażeniom HIV oraz chorobom przenoszonym drogą płciową;
- 11) realizację prozdrowotnych programów profilaktycznych i z zakresu promocji zdrowia;
- 12) informowanie o zasadach świadomego planowania rodziny, środkach i metodach zapobiegania ciąży.

4. Świadczenia w zakresie opieki nad kobietami w okresie ciąży i porodu oraz noworodkami i niemowlętami w pierwszych 6-tygodniach życia obejmują :

- 1) objęcie czynną i systematyczną opieką kobiet ciężarnych, położnic, noworodków oraz ich rodzin;
- 2) dokonywanie oceny stanu zdrowia kobiety oraz noworodka i niemowlęcia w celu określenia zapotrzebowania na opiekę położniczą:
 - a) zbieranie wywiadu,
 - b) wykonywanie testu na fenyloketonurię i hypotyreozę u noworodków,
 - c) pobieranie materiału do badań diagnostycznych i wykonywanie testów diagnostycznych,
 - d) wykonywanie pomiarów,
 - e) ustalanie nieprawidłowości dokonanych pomiarów i przeprowadzonych badań,
 - f) wykonywanie badania fizykalnego kobiety (ogólnego i położniczego) i noworodka;
- 3) udzielanie pomocy położniczej i neonatologicznej w nagłych przypadkach, przed przybyciem lekarza;
- 4) monitorowanie rozwoju ciąży prawidłowej, przebiegu porodu, rozwoju noworodka;
- 5) prowadzenie porodu fizjologicznego w warunkach domowych z zapewnieniem wymaganych zabiegów neonatologicznych, w tym testów i szczepień ochronnych u noworodka.

5. Świadczenia pielęgnacyjne w schorzeniach ginekologicznych obejmują:

- 1) sprawowanie opieki nad kobietami ze schorzeniami ginekologicznymi;
- 2) sprawowanie opieki paliatywnej nad kobietami, ocena jakości życia i wydolności psychofizycznej;
- 3) wykonywanie zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych:
 - a) zdejmowanie szwów na zlecenie lekarza,
 - b) płukanie pochwy,
 - c) zakładanie cewnika do pęcherza i usuwanie cewnika,
 - d) wykonanie opatrunków ran i odleżyn /do III włącznie/,
 - e) wykonanie zabiegów z zastosowaniem ciepła , zimna,
 - f) doraźne podawanie tlenu,
 - g) wykonanie wlewów doodbytniczych,
 - h) stawianie baniek leczniczych,
 - i) wykonanie inhalacji,
 - j) doraźna modyfikacja dawki leczniczej leku przeciwbólowego w leczeniu choroby nowotworowej u chorych przewlekle według kompetencji położnej;
- 4) edukację i aktywizowanie do samoopieki i samopielęgnacji;
- 5) podawanie na zlecenie lekarza lub wynikających z kompetencji położnej leków różnymi drogami i technikami;
- 6) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach.

6. Świadczenia rehabilitacyjne obejmują:

- 1) koordynację i współdziałanie w rehabilitacji przyłożkowej w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z długotrwałego unieruchomienia;
- 2) usprawnienie ruchowe;
- 3) drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej;
- 4) ćwiczenia ogólnousprawniające specyficzne wynikające z potrzeb zdrowotnych podopiecznych.

C. Zakres zadań pielęgniarki, która ukończyła specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania

1. Pielęgniarka, która ukończyła specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, planuje i realizuje opiekę pielęgnacyjną nad uczniami na terenie szkoły lub w placówce oświatowo-wychowawczej w zakresie:

- 1) promocji zdrowia;
- 2) profilaktyki chorób;
- 3) świadczeń diagnostycznych;
- 4) świadczeń pielęgnacyjnych;
- 5) świadczeń pielęgnacyjno-leczniczych.

2. W realizacji świadczeń zdrowotnych pielęgniarka, o której mowa w ust. 1, współpracuje z:

- 1) rodzicami lub opiekunami uczniów;
- 2) dyrektorem szkoły(ośrodka) , pedagogiem szkolnym, wychowawcami klas;
- 3) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinny);
- 4) pielęgniarką środowiskową (rodziną);
- 5) położną środowiskową (rodziną);
- 6) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami zdrowotnymi podopiecznych;
- 7) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży;
- 8) organem Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

3. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej obejmują:

- 1) prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów;
- 2) udział w planowaniu, realizacji i ewaluacji szkolnych programów edukacji prozdrowotnej i innych działań w zakresie promocji zdrowia;
- 3) udział w działaniach na rzecz szkoły promującej zdrowie.

4. Świadczenia w zakresie profilaktyki obejmują:

- 1) organizowanie i wykonywanie szczepień ochronnych;
- 2) realizowanie programów profilaktycznych;
- 3) ocenianie stanu sanitarno – higienicznego i bezpieczeństwa zdrowotnego w placówce nauczania i wychowania oraz warunków nauczania w szkole;
- 4) współdziałanie z dyrekcją szkoły w zakresie rozwiązywania problemów zdrowotnych uczniów lub wychowanków.

5. Świadczenia diagnostyczne obejmują:

- 1) identyfikację problemów zdrowotnych podopiecznych z problemami zdrowotnymi, psychosomatycznymi i społecznymi;
- 2) przeprowadzanie wywiadów środowiskowych;
- 3) wykonywanie testów przesiewowych zgodnie z obowiązującym programem i procedurami oraz kierowanie postępowaniem poprzemieszowym w stosunku do uczniów z dodatnimi wynikami testów;
- 4) wykonywanie testów diagnostycznych.

6. Świadczenia pielęgnacyjno – lecznicze obejmują:

- 1) podawanie zleconych przez lekarza leków różnymi drogami i technikami;
- 2) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, nagłych zachorowaniach, w wypadkach i urazach;
- 3) udzielanie pomocy w stanach bezpośredniego zagrożenia życia.

D. Zakres zadań pielęgniarki opieki długoterminowej

1. Pielęgniarka opieki długoterminowej planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad chorym w każdym wieku i z każdą jednostką chorobową powodującą ograniczenie sprawności psychofizycznej, który uzyskał ocenę od 0 do 50 punktów według skali Barthela¹⁾ oceny stanu pacjenta. Opieką pielęgniarki opieki długoterminowej objęci są pacjenci nie kwalifikujący się do leczenia stacjonarnego oraz pacjenci, którzy z różnych względów nie chcą lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej, a którzy wymagają systematycznej i wzmożonej opieki pielęgniarskiej.

2. W realizacji świadczeń zdrowotnych pielęgniarka opieki długoterminowej współpracuje z:

- 1) lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej(rodzinny) wybranym przez ubezpieczonego zgodnie z art. 24 oraz art. 50 ust. 1 ustawy;
- 2) pielęgniarką środowiskową (rodziną) wybraną przez ubezpieczonego zgodnie z art. 24 oraz art. 50 ust. 1 ustawy;
- 3) położną środowiskową lub rodzinną wybrana przez ubezpieczonego zgodnie z art. 24 oraz art. 50 ust. 1 ustawy;
- 4) rodziną chorego - edukując rodzinę lub opiekunów do przejęcia opieki nad obłożnie chorym członkiem rodziny oraz koordynując i nadzorując pracę opiekunki osoby przewlekle chorej lub niepełnosprawnej;
- 5) innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych;
- 6) przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia rodziny.

3. Świadczenia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki obejmują:

- 1) rozpoznawanie, ocenę i zapobieganie zagrożeniom zdrowotnym podopiecznych;
- 2) rozpoznawanie potrzeb pielęgnacyjnych i problemów zdrowotnych podopiecznych;
- 3) prowadzenie edukacji zdrowotnej, w tym dokonywanie oceny poziomu wiedzy, umiejętności i motywacji podopiecznych do zachowań prozdrowotnych.

4. Świadczenia pielęgnacyjne obejmują:
 - 1) realizację opieki pielęgnacyjnej u pacjentów w różnych fazach życia i choroby zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i współczesnymi standardami opieki pielęgnacyjnej;
 - 2) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych;
 - 3) przygotowywanie do samoopieki i samopielęgnacji w chorobie i niepełnosprawności.
5. Świadczenia diagnostyczne obejmują:
 - 1) przeprowadzanie wywiadów środowiskowych;
 - 2) wykonywanie badania fizykalnego;
 - 3) wykonywanie pomiarów i ich ocenę;
 - 4) wykonywanie testów i badań diagnostycznych (glukometria lub glukotest);
 - 5) prowadzenie bilansu wodnego;
 - 6) ocenę stanu ogólnego chorego oraz przebiegu jego choroby;
 - 7) ocenę i monitorowanie bólu w opiece paliatywnej.
6. Świadczenia lecznicze obejmują:
 - 1) ustalanie diety w żywieniu przewlekle chorych;
 - 2) dobór technik karmienia w zależności od stanu chorego;
 - 3) zabiegi z zastosowaniem ciepła i zimna;
 - 4) cewnikowanie pęcherza u kobiet (u mężczyzn po przeszkoleniu);
 - 5) wykonywanie wlewów / wlewk doodbytniczych;
 - 6) podawanie zleconych przez lekarza lub wynikających z kompetencji pielęgniarki leków różnymi drogami i technikami;
 - 7) wykonywanie iniekcji dożylnych, domięśniowych, podskórnych i śródskórnych zleconych przez lekarza;
 - 8) zakładanie opatrunków na rany, odleżyny, oparzenia;
 - 9) wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach i ranach trudno gojących;
 - 10) wykonywanie inhalacji, doraźne podawanie tlenu;
 - 11) zdejmowanie szwów;
 - 12) stawianie baniek lekarskich;
 - 13) udzielanie pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
7. Świadczenia rehabilitacyjne obejmują:
 - 1) koordynację i współdziałanie w rehabilitacji przyłóżkowej (domowej) w celu zapobiegania powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego, długotrwałego unieruchomienia ;
 - 2) usprawnianie ruchowe;
 - 3) drenaż ułożeniowy, prowadzenie gimnastyki oddechowej;
 - 4) ćwiczenia ogólnousprawniające;
 - 5) przemieszczanie i ułożenie chorego w łóżku w uzgodnieniu z lekarzem.

Część III

Pielęgniarkę i położną POZ obowiązuje prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami i przyjętymi zasadami.

Część IV

Przepisy załącznika nie naruszają prawa pielęgniarki, położnej POZ do realizacji zadań i stosowania procedur wynikających z odrębnych przepisów.

¹⁾ Do oceny stanu pacjenta wymagającego specjalistycznej domowej opieki długoterminowej stosowana jest międzynarodowa skala Barthela. Ocenę stanu pacjenta przeprowadza się poprzez podsumowanie punktów które otrzymał pacjent w zakresie dziesięciu podstawowych czynności życiowych.

Ocena stanu pacjenta wg skali Barthela

| Lp. | Oceniana czynność | TAK wymaga pomocy | CZĘŚCIOWO wymaga pomocy | NIE wymaga pomocy |
|-----|---|----------------------|----------------------------|----------------------|
| 1. | Spożywanie posiłków* | 0 | 5 | 10 |
| 2. | Przechodzenie z łóżka na wózek* | 0 | 5 | 15 |
| 3. | Utrzymanie higieny osobistej* | 0 | 0 | 5 |
| 4. | Korzystanie z WC* | 0 | 5 | 10 |
| 5. | Mycie, kąpiel całego ciała* | 0 | 0 | 5 |
| 6. | Przejsie powyżej 50m/ewentualnie przy pomocy sprzętu* | 0 | 10 | 15 |
| 7. | Jazda na wózku inwalidzkim* | 0 | 5 | 10 |
| 8. | Ubieranie i rozbieranie* | 0 | 5 | 10 |
| 9. | Kontrola zwieracza odbytu* | 0 | 5 | 10 |
| 10. | Kontrola zwieracza pęcherza moczowego* | 0 | 5 | 10 |

*odpowiednie zakreślić

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2004 r.

**w sprawie określenia szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot
zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych**

Na podstawie art. 58 ust. 10 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr , poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) ustawa – ustawę z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) kierownik podmiotu kontrolowanego – świadczeniodawcę albo kierownika świadczeniodawcy lub osobę przez niego upoważnioną;
- 3) kontroler - pracownika podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych lub inną osobę, której zlecono przeprowadzenie kontroli.

§ 3. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, zwany dalej „podmiotem zobowiązanym”, zapewnia właściwe przygotowanie kontroli oraz należyte, bezstronne i terminowe jej przeprowadzenie.

§ 4. Prowadzenie kontroli ma na celu ustalenie stanu faktycznego w zakresie działalności podmiotu kontrolowanego, rzetelne jego udokumentowanie i dokonanie oceny kontrolowanej działalności.

§ 5. 1. Podstawą przeprowadzenia kontroli jest pisemne upoważnienie do przeprowadzenia kontroli wydane przez podmiot zobowiązany.

2. Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli zawiera:

- 1) wskazanie podstawy prawnej do przeprowadzenia kontroli;
- 2) imię i nazwisko, stanowisko służbowe oraz numer legitymacji służbowej kontrolera albo numer dowodu osobistego kontrolera niebędącego pracownikiem podmiotu zobowiązanego;
- 3) nazwę podmiotu kontrolowanego;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1131).

4) przedmiot i zakres kontroli oraz miejsce przeprowadzania kontroli i termin jej rozpoczęcia.

§ 6. 1. Kontroler podlega wyłączeniu od udziału w kontroli, jeżeli wyniki kontroli mogłyby oddziaływać na jego prawa lub obowiązki albo prawa lub obowiązki jego małżonka lub osoby pozostającej z nim faktycznie we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia bądź osób związanych z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.

2. Kontroler może być wyłączony również w razie stwierdzenia innych przyczyn, które mogłyby wywołać wątpliwości co do jego bezstronności.

3. Jeżeli okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, ujawnią się w trakcie kontroli, kontroler powstrzymuje się od dalszych czynności i zawiadamia o tym niezwłocznie podmiot zobowiązany.

4. Wyłączony kontroler powinien podejmować jedynie czynności niecierpiące zwłoki ze względu na interes społeczny lub ważny interes stron.

5. O wyłączeniu od udziału w kontroli postanawia podmiot zobowiązany z urzędu albo na wniosek kierownika podmiotu kontrolowanego lub na wniosek kontrolera.

§ 7. Rozpoczynając kontrolę, kontroler okazuje upoważnienie do przeprowadzenia kontroli kierownikowi podmiotu kontrolowanego wraz z legitymacją służbową albo dowodem osobistym, w przypadku kontrolera niebędącego pracownikiem podmiotu zobowiązanego, z zastrzeżeniem § 10.

§ 8. 1. Podmiot zobowiązany zawiadamia kierownika podmiotu kontrolowanego o planowanej kontroli na co najmniej 24 godziny przed rozpoczęciem czynności kontrolnych.

2. W zawiadomieniu, o którym mowa w ust. 1, podmiot zobowiązany występuje o przygotowanie w szczególności: wskazanych dokumentów, materiałów, zestawień i obliczeń.

§ 9. 1. Kontrola jest przeprowadzana w miejscu prowadzenia działalności przez podmiot kontrolowany, w dniach i godzinach jego pracy.

2. Kierownik podmiotu kontrolowanego zapewnia kontrolerowi warunki niezbędne do sprawnego przeprowadzenia kontroli. Dotyczy to w szczególności niezwłocznego przedstawienia dokumentów i materiałów oraz terminowego udzielania wyjaśnień przez pracowników i kierownika podmiotu kontrolowanego.

§ 10. Kontrola może być przeprowadzana również w siedzibie podmiotu zobowiązanego, ze względu na szybkość i skuteczność przeprowadzenia kontroli.

§ 11. 1. Kontroler dokonuje ustaleń stanu faktycznego na podstawie zebranych w toku kontroli dowodów.

2. Dowodami są w szczególności: dokumenty, wyniki oględzin, opinie biegłych, wyjaśnienia i oświadczenia.

3. Kontroler może żądać sporządzenia niezbędnych do kontroli odpisów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń sporządzonych na podstawie dokumentów.

4. Zgodność odpisów i wyciągów z oryginałami dokumentów oraz prawidłowość zestawień i obliczeń potwierdza kierownik podmiotu kontrolowanego lub właściwy pracownik podmiotu kontrolowanego.

§ 12. 1. Członkowie organów statutowych oraz pracownicy podmiotu kontrolowanego udzielają, w wyznaczonym terminie, ustnych lub pisemnych wyjaśnień w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli. Z ustnych wyjaśnień kontroler sporządza protokół, który podpisują kontroler i osoba składająca wyjaśnienia.
2. W przypadku odmowy podpisania protokołu przez osobę składającą wyjaśnienia, kontroler podpisuje protokół i podaje przyczynę odmowy podpisania protokołu.
3. Każdy może złożyć ustne lub pisemne oświadczenie dotyczące przedmiotu kontroli.
4. Kontroler nie może odmówić przyjęcia oświadczenia, o którym mowa w ust. 3, jeżeli ma ono związek z przedmiotem kontroli.

§ 13. 1. Kontroler może przeprowadzić oględziny obiektu lub innych składników majątkowych.
2. Oględziny przeprowadza się w obecności kierownika komórki organizacyjnej podmiotu kontrolowanego odpowiedzialnego za obiekt lub składniki majątkowe poddane oględzinom, a w przypadku jego nieobecności - pracownika wyznaczonego przez kierownika podmiotu kontrolowanego.
3. Z przebiegu i wyniku oględzin sporządza się niezwłocznie protokół, który podpisuje kontroler i osoba obecna przy oględzinach. Przepis § 12 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

§ 14. 1. W przypadku niebezpieczeństwa utraty dowodów kontroler zabezpiecza je poprzez:
1) przechowywanie ich w miejscu prowadzenia działalności przez podmiot kontrolowany w oddzielnym, zamkniętym i opieczętowanym pomieszczeniu;
2) opieczętowanie i oddanie na przechowanie, za pokwitowaniem, kierownikowi podmiotu kontrolowanego lub innemu upoważnionemu pracownikowi podmiotu kontrolowanego;
3) zabranie, za pokwitowaniem, dowodów przez kontrolera i przechowywanie ich w siedzibie podmiotu zobowiązanego.
2. O zwolnieniu dowodów spod zabezpieczenia decyduje podmiot zobowiązany.

§ 15. Kontroler, w toku kontroli, informuje kierownika podmiotu kontrolowanego o nieprawidłowościach i uchybieniach utrudniających sprawne przeprowadzenie kontroli.

§ 16. W przypadku ujawnienia w toku kontroli okoliczności wskazujących na popełnienie przestępstwa, kontroler niezwłocznie o fakcie tym zawiadamia, na piśmie, podmiot zobowiązany.

§ 17. 1. Protokół kontroli zawiera opis stanu faktycznego stwierdzonego w toku kontroli działalności podmiotu kontrolowanego oraz ustalenia kontroli, w tym nieprawidłowości, z uwzględnieniem przyczyn ich powstania, zakresu i skutków oraz osób za nie odpowiedzialnych, a także wnioski wynikające z kontroli.
2. Protokół kontroli zawiera w szczególności:
1) nazwę i adres podmiotu kontrolowanego;

- 2) imiona i nazwiska kierownika podmiotu kontrolowanego i kierowników kontrolowanych komórek organizacyjnych podmiotu kontrolowanego oraz daty objęcia przez nich stanowisk;
- 3) imiona i nazwiska pracowników, którzy w toku kontroli złożyli wyjaśnienia lub oświadczenia, oraz osób, o których mowa w § 12 ust. 3;
- 4) datę rozpoczęcia i zakończenia kontroli, z zaznaczeniem przerw w kontroli;
- 5) imię i nazwisko kontrolera oraz numer i datę wydania upoważnienia do przeprowadzenia kontroli;
- 6) określenie przedmiotu i zakresu kontroli oraz okresu objętego kontrolą;
- 7) spis załączników;
- 8) wzmiankę o poinformowaniu kierownika podmiotu kontrolowanego o prawie zgłaszania zastrzeżeń do protokołu i prawie odmowy podpisania protokołu;
- 9) datę sporządzenia protokołu;
- 10) parafy kontrolera i kierownika podmiotu kontrolowanego na każdej stronie protokołu;
- 11) datę i miejsce podpisania protokołu.

§ 18. 1. Przed podpisaniem protokołu kontroli kierownikowi podmiotu kontrolowanego przysługuje prawo zgłoszenia umotywowanych zastrzeżeń co do ustaleń zawartych w protokole.

2. Zastrzeżenia, o których mowa w ust. 1, należy zgłosić na piśmie do podmiotu zobowiązanego w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli.

3. W przypadku zgłoszenia zastrzeżeń kontroler jest obowiązany dokonać ich analizy. Jeżeli okoliczności, których dotyczą zastrzeżenia, wymagają dalszych wyjaśnień, kontroler podejmuje dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń uwzględnia je w protokole.

4. W przypadku nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części podmiot zobowiązany przekazuje na piśmie swoje stanowisko kierownikowi podmiotu kontrolowanego w terminie 14 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń.

§ 19. 1. Kierownik podmiotu kontrolowanego może odmówić podpisania protokołu kontroli, składając, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, pisemne wyjaśnienie przyczyn tej odmowy podmiotowi zobowiązanemu.

2. W przypadku zgłoszenia zastrzeżeń, o których mowa w § 18 ust. 1, termin do złożenia wyjaśnienia o odmowie podpisania protokołu liczy się od dnia otrzymania stanowiska określonego w § 18 ust. 4.

3. Odmowa podpisania protokołu przez kierownika podmiotu kontrolowanego nie stanowi przeszkody do realizacji ustaleń kontroli.

§ 20. Podmiot zobowiązany informuje pisemnie kierownika podmiotu kontrolowanego o zakończeniu czynności kontrolnych.

§ 21. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem r.

Minister Zdrowia

Uzasadnienie

Rozporządzenie stanowi wykonanie delegacji zawartej w art. 58 ust. 10 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr poz.).

Określa ono tryb prowadzenia kontroli wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonej przez podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Rozporządzenie będzie również stosowane do kontroli zasadności udzielenia świadczenia w stanie nagłym oraz zasadności uznania świadczenia rekomendowanego za gwarantowane.

Rozporządzenie przewiduje konieczność powiadomienia podmiotu kontrolowanego o terminie i zakresie planowanej kontroli, jak również określa przypadki wyłączenia poszczególnych osób od czynności kontrolnych. Ma to na celu zachowanie rzetelnego charakteru kontroli. Przewidziano również wskazanie w zawiadomieniu jakie dokumenty powinny zostać przygotowane – co usprawni proces prowadzenia kontroli.

Rozporządzenie określa obowiązki podmiotu kontrolowanego, w szczególności w zakresie obowiązku udzielenia wyjaśnień i udostępniania innych dowodów. Dzięki temu z jednej strony zostaną rozstrzygnięte wątpliwości co do zakresu obowiązków podmiotu kontrolowanego, z drugiej zaś zachowana zostanie możliwość ustalenia stanu faktycznego.

Rozporządzenie przewiduje, że kontrola kończy się sporządzeniem protokołu kontroli. Protokół kontroli jest oświadczeniem wiedzy kontrolera, nie jest aktem władztwa administracyjnego. Na podstawie protokołu kontroli podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej będzie podejmował dalsze kroki, np. wypowiadał umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dochodził kar umownych wynikających z tych umów, odmawiał zapłacenia wynagrodzenia za świadczenie udzielone w stanie nagłym. W celu uniknięcia ewentualnych sporów sądowych wprowadzono możliwość wyjaśnienia zastrzeżeń podmiotu kontrolowanego wobec ustaleń kontroli.

W obecnym stanie prawnym do prowadzenie kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia (obecnie jedyny podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej) stosuje się przepisy dotyczące postępowania kontrolnego prowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Przepisy te nie zawierają pewne postanowienia typowo administracyjno – prawne (np. zalecenia pokontrolne), które nie mogą znaleźć zastosowania przy kontrolowaniu wykonywania umowy cywilnoprawnej jaką jest mimo wszystko umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ocena skutków regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja.

Podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (właściwi ministrowie, Narodowy Fundusz Zdrowia, gminy) oraz świadczeniodawcy.

2. Zakres konsultacji społecznych.

Projekt będzie konsultowany ze stowarzyszeniami świadczeniodawców (organizacje pracodawców), związkami zawodowymi zawodów medycznych, organami samorządów zawodowych zawodów medycznych, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu państwa i jednostek sektora finansów publicznych.

Regulacja nie ma wpływu na dochody jednostek sektora finansów publicznych. Może przyczynić się do ograniczenia wydatków ponoszonych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez eliminację świadczeń udzielanych niezasadnie.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na sytuację i rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Regulacja przyczyni się do poprawy zdrowia społeczeństwa, dzięki prowadzonym kontrolom wykonywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych poprawi się jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

8. Wstępna ocena zgodności regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.

ZARZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia2004 r.

w sprawie nadania statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych

Na podstawie art. 61 ust. 5 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Agencji Oceny Technologii Medycznych nadaje się statut stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1130).

**Załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia
z dnia ... (Dz. U. Nr ..., poz. ...)**

Statut Agencji Oceny Technologii Medycznych

§ 1. W stosunkach z zagranicą Agencja Oceny Technologii Medycznych, zwana dalej „Agencją”, może posługiwać się tłumaczeniem swojej nazwy na język angielski w brzmieniu " Agency for Evaluation of Medical Technologies".

§ 2. 1. Prezes Agencji, zwany dalej "Prezesem", działa przy pomocy głównego księgowego i dyrektorów biur, którzy są wobec niego odpowiedzialni za całość spraw objętych zakresami ich działania.

2. W razie nieobecności Prezesa lub czasowej niemożności wykonywania przez niego obowiązków, działalnością Agencji kieruje i reprezentuje ją na zewnątrz wskazany przez Prezesa pracownik Agencji w granicach udzielonego mu pełnomocnictwa.

3. Prezes może zastrzec rozstrzygnięcie każdej sprawy do swojej wyłącznej decyzji.

§ 3. 1. Prezes powołuje i odwołuje dyrektorów biur oraz głównego księgowego Agencji.

2. Warunki wynagradzania Prezesa Agencji ustala minister właściwy do spraw zdrowia w akcie powołania.

3. Prezes określa warunki pracy i wynagrodzenia osób, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem regulaminu wynagradzania pracowników Agencji, a także zawiera umowy o pracę oraz wykonuje inne czynności z zakresu prawa pracy w stosunku do pozostałych pracowników Agencji.

4. Do zawierania umów o pracę oraz dokonywania innych czynności z zakresu prawa pracy Prezes może wyznaczyć pisemnie innych pracowników Agencji.

§ 4. 1. Obsługę administracyjno-techniczną Prezesa Agencji zapewnia Biuro Agencji.

2. W skład Agencji wchodzi następujące biura zapewniające wykonywanie zadań, o których mowa w art. 62 i art. 63 ust. 4 ustawy z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

- 1) Oceny Stosowanych Procedur Medycznych;
- 2) Kwalifikowania Procedur Medycznych;
- 3) Oceny Jakości Analiz;
- 4) Studiów i Analiz;
- 5) Planowania i Monitorowania;
- 6) Administracyjno-Ekonomiczny;
- 7) Kontroli Wewnętrznej.

3. Szczegółową organizację Biura Agencji, zadania komórek organizacyjnych i ich dyrektorów określa regulamin organizacyjny Biura Agencji, nadawany przez Prezesa po zasięgnięciu opinii Rady, o której mowa w art. 65 ustawy z dnia ... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej "Radą".

§ 5. 1. Prezes może udzielać dyrektorom komórek organizacyjnych Biura Agencji i innym pracownikom Agencji pełnomocnictw ogólnych i szczególnych do dokonywania czynności prawnych w imieniu Agencji.

2. Szczególne pełnomocnictwo jest wymagane w szczególności do dokonywania następujących czynności prawnych:

- 1) wszelkich czynności prawnych rozporządzających lub zobowiązujących, których przedmiotem jest prawo o wartości przewyższającej równowartość 10.000 euro;
- 2) zawarcie, zmiana lub rozwiązanie umowy obowiązującej przez okres dłuższy niż rok;
- 3) zawarcie, zmiana lub rozwiązanie umowy z osobą zagraniczną;
- 4) zawarcie ugody w sprawach majątkowych.

3. Prezes udziela pełnomocnictw na piśmie, w formie wymaganej dla ważności czynności prawnej.

4. W sprawach nieuregulowanych w statucie do udzielania pełnomocnictw stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

§ 6. 1. Posiedzenia Rady odbywają się nie rzadziej niż raz na miesiąc, w zależności od ilości wniosków, o których mowa w art. 69 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Posiedzenia Rady odbywają się w siedzibie Agencji lub innym miejscu określonym przez Przewodniczącą Rady.

4. Posiedzenia Rady zwołuje jej Przewodniczący z własnej inicjatywy, na wniosek Prezesa lub co najmniej 1/3 składu Rady.

5. Zawiadomienie o posiedzeniu, wraz z porządkiem obrad ustalonym przez Przewodniczącą Rady, doręcza się członkom Rady z 7-dniowym wyprzedzeniem.

6. W posiedzeniach Rady, oprócz jej członków, mogą uczestniczyć z prawem głosu:

- 1) przedstawiciel Prezesa Rady Ministrów;
- 2) przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 3) przedstawiciel Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 4) przedstawiciel Komisji Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych;
- 5) Prezes Agencji.

7. W posiedzeniach Rady, oprócz jej członków oraz osób, o których mowa w ust. 6, mogą uczestniczyć, bez prawa głosu, inne osoby zaproszone przez Przewodniczącą Rady.

8. Przewodniczący Rady może upoważnić zastępcę Przewodniczącą do wykonywania kompetencji określonych w ust. 4, 5 i 7.

9. Z posiedzenia Rady sporządza się protokół zawierający, w szczególności porządek obrad, nazwiska osób biorących udział w posiedzeniu, teksty podejmowanych uchwał, wyniki przeprowadzonych głosowań nad poszczególnymi uchwałami. Protokół podpisują wszyscy członkowie Rady obecni na posiedzeniu.

§ 7. 1. Rada może podejmować uchwały, gdy wszyscy członkowie Rady zostali zawiadomieni o posiedzeniu i bierze w nim udział co najmniej 1/2 członków Rady, w tym Przewodniczący lub jego zastępca. W sprawach nieobjętych porządkiem obrad uchwały mogą być podejmowane tylko wówczas, gdy obecni są wszyscy członkowie Rady i żaden z nich nie zgłosi sprzeciwu.

2. Uchwały Rady są podejmowane w głosowaniu jawnym, chyba że członek Rady obecny na posiedzeniu złoży wniosek o przeprowadzenie głosowania tajnego.

UZASADNIENIE

Niniejszy projekt zarządzenia stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 61 ust. 5 projektu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany na podstawie tego upoważnienia do określenia statutu Agencji Oceny Technologii Medycznych określającego strukturę organizacyjną tej Agencji, przy uwzględnieniu konieczności zapewnienia Agencji niezależnego wykonywania jej zadań.

Projekt zarządzenia określa sposób wykonywania zadań przez Prezesa Agencji. Zakłada się, że Prezes Agencji będzie działał przy pomocy głównego księgowego i dyrektorów biur, ponoszących odpowiedzialność za całość spraw objętych zakresami ich działania.

Przewiduje się, że obsługę administracyjno – techniczną Prezesa Agencji zapewniać będzie Biuro Agencji, a w skład Agencji będą wchodzić biura zapewniające wykonywanie zadań, o których mowa w art. 62 i art. 63 ust. 4 ustawy.

Niniejsze rozporządzenie zawiera również szczegółowe rozwiązania prawne dotyczące funkcjonowania w ramach Agencji ciała opiniodawczo-doradczego Prezesa Agencji, jakim jest rada składająca się z 11 członków.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja.

Zakres regulacji projektowanego rozporządzenia obejmuje wyłącznie wewnętrzną organizację Agencji Oceny Technologii Medycznych.

2. Konsultacje społeczne

Projekt w związku z jego treścią nie wymaga kierowania do konsultacji społecznych.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki sektora finansów publicznych.

Rozporządzenie nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa i jednostek sektora finansów publicznych.

4. Wpływ regulacji na warunki życia społecznego i gospodarczego w regionach.

Projektowane regulacje nie powodują istotnych następstw w rozwoju społecznym i gospodarczym.

5. Wpływu regulacji na rynek pracy.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

6. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki.

7. Konsultacje społeczne.

Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem uzgodnień.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Projekt nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

ROZPORZĄDZENIE

RADY MINISTRÓW

z dnia 2004 r.

w sprawie terminów, zakresu i trybu weryfikacji danych ubezpieczonych oraz sposobu postępowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w razie stwierdzenia ich niezgodności

Na podstawie art. 95 ust. 12 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.Nr, poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Danymi podlegającymi weryfikacji przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, zwany dalej „ZUS”, i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, zwaną dalej „KRUS”, są dane ubezpieczonego, o których mowa w art. 195 ust. 4 pkt 1, 3, 4 i 8-11 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej "ustawą", przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 85 ust. 1 ustawy, zwanym dalej „zgłoszeniem”.

§ 2. Do 10 dnia każdego miesiąca organ prowadzący ewidencję PESEL przekazuje ZUS i KRUS, w formie elektronicznej, dane, o których mowa w art. 195 ust. 4 pkt 1, 3, 4 i 8-11 ustawy, dotyczące osób ujętych w ewidencji PESEL, zwane dalej "danymi o ubezpieczonym”.

§ 3. Weryfikacja danych o ubezpieczonym przekazanych w zgłoszeniu jest dokonywana przez ZUS i KRUS w terminie 15 dni roboczych od dnia otrzymania tego zgłoszenia.

§ 4. 1. Jeżeli dane o ubezpieczonym przekazane w zgłoszeniu nie są zgodne z danymi uzyskanymi z ewidencji PESEL, ZUS i KRUS korygują błędy możliwe do poprawienia we własnym zakresie lub przeprowadzają postępowanie wyjaśniające z płatnikiem składek, a w uzasadnionych przypadkach - z ubezpieczonym.

2. W przypadku skorygowania błędu we własnym zakresie przez ZUS lub KRUS weryfikacja danych o ubezpieczonym jest dokonywana w terminie 25 dni roboczych od dnia otrzymania zgłoszenia.

3. Jeżeli w wyniku postępowania wyjaśniającego, o którym mowa w ust. 1, zostanie stwierdzony błąd w zgłoszeniu, ZUS i KRUS dokonują weryfikacji w terminie 15 dni roboczych od dnia otrzymania skorygowanego zgłoszenia.

4. Jeżeli w wyniku postępowania wyjaśniającego, o którym mowa w ust. 1, zostanie stwierdzone, że w zgłoszeniu zostały podane prawidłowe dane o ubezpieczonym, ZUS i KRUS dokonują weryfikacji w terminie 15 dni roboczych od dnia zakończenia postępowania wyjaśniającego.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem r.

PREZES RADY MINISTRÓW

Uzasadnienie

Na podstawie art. 95 ust. 12 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr , poz.) Rada Ministrów została zobowiązana do wydania rozporządzenia w sprawie terminów, zakresu i trybu weryfikacji danych o ubezpieczonych oraz sposobu postępowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w razie stwierdzenia ich niezgodności.

Opracowanie nowego projektu rozporządzenia wynika, pomimo niewielkiego zakresu dokonanych zmian w stosunku do wcześniejszej jego wersji, z projektu nowej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z przepisami projektu rozporządzenia, do 10 dnia każdego miesiąca organ prowadzący ewidencję PESEL przekazuje Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w formie elektronicznej, danymi o ubezpieczonym, o których mowa w art. 195 ust. 4 pkt 1, 3, 4 i 8-11 ustawy, dotyczące osób ujętych w ewidencji PESEL. Weryfikacja danych o ubezpieczonym przekazanych w zgłoszeniu jest dokonywana przez ZUS i KRUS w terminie 15 dni roboczych od dnia otrzymania tego zgłoszenia.

Projektowane rozporządzenie umożliwi zbieranie informacji na temat składek przekazywanych przez ubezpieczonych na finansowanie świadczeń publicznych. Dzięki temu można poprawić ściągalność składek i tym samym zapewnić większe środki na leczenie.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

2. Konsultacje społeczne.

Projekt rozporządzenia w ramach konsultacji społecznych zostanie przesłany samorządom zawodów medycznych i organizacjom świadczeniobiorców.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektor finansów publicznych.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje wzrostu wydatków z budżetu państwa i Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Rozporządzenie nie będzie wywierało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na wewnętrzną konkurencję.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Zakres projektu rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

8. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Projektowana regulacja umożliwi efektywne zbieranie informacji na temat składek przekazywanych przez ubezpieczonych na finansowanie świadczeń publicznych w związku z czym poprawi ściągalność składek i tym samym zapewnić większe środki na leczenie.

**ROZPORZĄDZENIE
RADY MINISTRÓW**

z dnia 2004 r.

**w sprawie odrębnego sposobu ubezpieczania ze względu na wymogi obronności lub
bezpieczeństwa państwa**

Na podstawie art. 100 ustawy z dnia2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr, poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa odrębny sposób ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 5-13 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej "ustawą", które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostkę, zwanych dalej "ubezpieczonymi na zasadach szczególnych".

§ 2. Ubezpieczeni na zasadach szczególnych, spełniający warunki do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułów, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 1-16 i pkt 20-34 ustawy, podlegają ubezpieczeniu z każdego z tych tytułów na zasadach określonych w ustawie, z zastrzeżeniem § 3.

§ 3. 1. Składkę na ubezpieczenie zdrowotne od przychodów uzyskiwanych z tytułu pełnienia służby oblicza i pobiera z dochodu ubezpieczonego na zasadach szczególnych macierzysta jednostka, w której ubezpieczony pełni służbę, zwana dalej "płatnikiem składek".

2. Płatnik składek przekazuje składki na ubezpieczenie zdrowotne do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w formie zbiorczej za wszystkich ubezpieczonych na zasadach szczególnych. Składki na ubezpieczenie zdrowotne są przekazywane za dany miesiąc w terminie do 15 dnia następnego miesiąca.

3. Płatnik składek prowadzi indywidualne wykazy przekazywanych składek na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczonych na zasadach szczególnych w sposób umożliwiający kontrolę poprawności obliczenia, pobrania i odprowadzenia składek.

4. Do kontroli, o której mowa w ust. 3, są upoważnione wyłącznie organy nadrzędne płatnika składek upoważnione na podstawie odrębnych przepisów do kontrolowania działalności płatnika składek.

§ 4. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia zalicza wpływy z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczonych na zasadach szczególnych do innych źródeł, o których mowa w art. 122 pkt 9 ustawy.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem

UZASADNIENIE

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zobowiązuje Radę Ministrów do ustalenia w drodze rozporządzenia sposobu ubezpieczenia policjantów, funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, funkcjonariuszy Agencji Wywiadu, Wojskowej Służby Informacyjnej, funkcjonariuszy Biura Ochrony Rządu, funkcjonariuszy Straży Granicznej, funkcjonariuszy Służby Celnej, funkcjonariuszy Służby Więziennej, funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej, którzy ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostali oddelegowani wykonywania pracy lub wyznaczeni do pełnienia służby poza macierzystą jednostkę. Odrębny sposób ubezpieczania tych osób dotyczy: sposobu zgłaszania do ubezpieczenia oraz sposobu opłacania (przekazywania) składki.

Rozporządzenie ma umożliwić objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym funkcjonariuszy wymienionych służb, oddelegowanych do wykonywania zadań służbowych poza macierzystą jednostkę, w której pełnią służbę. Poufny lub tajny charakter tych zadań wymaga zachowania niezbędnych procedur bezpieczeństwa – stąd odrębny, szczególny sposób ubezpieczania ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa.

W szczególności ochronie podlegać muszą dane osobowe tych funkcjonariuszy i miejsce wykonywania zadań. Zwykły tryb zgłaszania osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym do tego ubezpieczenia z istoty wiąże się z dość szerokim przetwarzaniem tych danych.

Rozporządzenie ma na celu zapewnić objęcie wskazanych funkcjonariuszy ubezpieczeniem zdrowotnym w Funduszu, a Funduszowi wpływy z tytułu opłacanych w odrębny sposób składek. Ze wskazanych powyżej powodów składki będą opłacane w formie zagregowanej, bez ich przypisywania do konkretnej osoby. Fundusz nie będzie także pozyskiwał danych o ubezpieczonych na zasadach szczególnych.

W rozporządzeniu zachowano ogólne, określone w ustawie, zasady naliczania, poboru i odprowadzania składki – składka na ubezpieczenie zdrowotne funkcjonariuszy będzie obliczana, pobierana z dochodu ubezpieczonego oraz odprowadzana przez jego pracodawcę – płatnika składek.

Odrębny sposób ubezpieczania dotyczy – sposobu zgłaszania do ubezpieczenia i opłacania składki, tj. z pominięciem procedur przewidzianych dla innych ubezpieczonych. Składki będą kierowane bezpośrednio do Centrali Funduszu.

Przyjęte rozwiązania czyni zadość ustawowej delegacji i odpowiada wymogom obronności i bezpieczeństwa państwa.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa. Obecnie szczególne zasady zgłaszania do ubezpieczenia i opłacania składek są regulowane w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 3 czerwca 2003 r. w sprawie odrębnego sposobu ubezpieczania ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa (Dz. U. Nr 106, poz. 997). Niniejszy projekt nie zawiera istotnych odstępstw od dotychczasowej regulacji.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty na które oddziałują projektowane regulacje.

Projekt będzie oddziaływał na Narodowy Fundusz Zdrowia i na płatników opłacających składki na ubezpieczenie zdrowotne za osoby, o których mowa w art. 74 ust. 1 pkt 5-13.

2. Konsultacje społeczne.

Projekt zostanie podany konsultacjom międzyresortowym, zostanie przesłany do konsultacji wojewodom oraz zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego.

Projekt nie wpłynie na dochody i wydatki budżetu Państwa i jednostek samorządu terytorialnego. Nie wpłynie także na dochody i wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na sytuację i rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na zdrowie ludzi.

8. Wstępna ocena zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.

ROZPORZĄDZENIE
PREZESA RADY MINISTRÓW
z dnia 2004 r.

w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia

Na podstawie art. 104 ust. 7 ustawy z dnia2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr, poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. Narodowemu Funduszowi Zdrowia nadaje się statut, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniemr.

Prezes Rady Ministrów

STATUT NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Rozdział 1 Postanowienia ogólne

§ 1. Narodowy Fundusz Zdrowia działa na podstawie ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr, poz.) oraz niniejszego statutu.

§ 2. Użyte w statucie określenia oznaczają:

- 1) ustawa - ustawę z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) Fundusz - Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rozdział 2 Organy Funduszu

§ 3. 1. Skład Rady Funduszu, tryb powoływania i odwoływania członków Rady Funduszu oraz Prezesa Funduszu określa ustawa.

2. Zakres działania Prezesa Funduszu określają ustawa oraz niniejszy statut.

§ 4. 1. Zakres działania Rady Funduszu określają ustawa oraz niniejszy statut.

2. Do zadań Rady Funduszu należy w szczególności:

- 1) stały nadzór nad działalnością Funduszu;
- 2) wybór biegłego rewidenta wykonującego badanie rocznego sprawozdania finansowego Funduszu;
- 3) opiniowanie decyzji Prezesa Funduszu w sprawach dotyczących lokowania środków przez Fundusz;
- 4) podejmowanie decyzji o przeznaczeniu zysku Funduszu.

§ 5. Zakres działania Prezesa Funduszu określają ustawa oraz niniejszy statut.

§ 6. 1. Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu w zakresie niezastrzeżonym dla Rady Funduszu oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

3. Do zadań Prezesa Funduszu należy w szczególności:

- 1) sprawowanie nadzoru nad:
 - a) Gabinetem Prezesa,
 - b) Biurem Rady Funduszu,
 - c) Biurem do Spraw Współpracy Międzynarodowej,
 - d) Audytorem Wewnętrznym,
 - e) Departamentem Kontroli Wewnętrznej,
 - f) Zespołem Radców Prawnych,
 - g) Departamentem Organizacyjno-Prawnym,
 - h) Pełnomocnikiem do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych,
 - i) Departamentem Zarządzania Strategicznego,
 - j) Departamentem Informatyzacji,
 - k) Departamentem Spraw Pracowniczych,
 - l) Rzecznikiem Praw Pacjenta;
- 2) określanie przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) określanie warunków, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz kryteriów oceny spełnienia tych warunków;
- 4) dokonanie unieważnienia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadkach określonych w ustawie;
- 5) sporządzanie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, corocznych prognoz przychodów i kosztów Funduszu na kolejne trzy lata oraz ich przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;
- 6) powoływanie dyrektora Departamentu do Spraw Służb Mundurowych;
- 7) podejmowanie decyzji w sprawach dotyczących lokowania środków przez Fundusz.

§ 7. Prezes Funduszu kieruje Funduszem przy pomocy trzech zastępców, w tym zastępcy Prezesa do spraw służb mundurowych.

§ 8. 1. Podstawowym zadaniem każdego z zastępców Prezesa jest zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań określonych dla podległych mu komórek organizacyjnych.

2. Do zakresu obowiązków pierwszego z zastępców Prezesa należy w szczególności:

- 1) sprawowanie nadzoru nad Departamentami:
 - a) Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
 - b) Spraw Świadczeniobiorców,
 - c) Gospodarki Lekami;
- 2) nadzór nad działającymi w strukturze oddziałów wojewódzkich Funduszu Wydziałami:
 - a) Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
 - b) Analiz Ekonomiczno - Medycznych,
 - c) Monitorowania Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
 - d) Spraw Świadczeniobiorców,
 - e) Gospodarki Lekami.

3. Do zakresu obowiązków kolejnego zastępcy Prezesa należy w szczególności:

- 1) sprawowanie nadzoru nad Departamentami:
 - a) Księgowości,
 - b) Administracyjnym;
- 2) nadzór nad wykonywaniem czynności związanych z:
 - a) projektowaniem założeń polityki ekonomiczno-finansowej Funduszu,
 - b) opracowywaniem projektu rocznego planu finansowego Funduszu;
- 3) nadzór nad działającymi w strukturze oddziałów wojewódzkich Funduszu Wydziałami:
 - a) Ekonomiczno-Finansowym,
 - b) Księgowości,
 - c) Administracyjnym;
- 4) przedstawianie Radzie Funduszu do zaopiniowania rocznego planu finansowego Funduszu.

4. Do zakresu obowiązków zastępcy Prezesa do spraw służb mundurowych należą w szczególności:

- 1) koordynacja współpracy z Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych;
- 2) nadzorowanie i koordynowanie działań Departamentu do Spraw Służb Mundurowych i Wydziałów do Spraw Służb Mundurowych w oddziałach wojewódzkich Funduszu;
- 3) czuwanie nad prawidłowością realizacji umów w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz informowanie ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem Prezesa Funduszu, o stwierdzonych nieprawidłowościach.

5. Do zakresu obowiązków każdego z zastępców Prezesa należy również:

- 1) ustalanie wewnętrznej struktury organizacyjnej podległych mu bezpośrednio podstawowych komórek organizacyjnych centrali;
- 2) ustalanie regulaminów wewnętrznych komórek, o których mowa w pkt 1;
- 3) planowanie i organizowanie realizacji zadań podległych komórek organizacyjnych;
- 4) koordynacja działalności podległych mu komórek organizacyjnych;
- 5) rozstrzyganie o sposobie załatwiania spraw przez podległe mu komórki organizacyjne;
- 6) reprezentowanie na zewnątrz Funduszu w sprawach należących do zakresu działania podległych mu komórek, jeżeli nie są zastrzeżone dla Prezesa Funduszu, za zgodą tego Prezesa;
- 7) podpisywanie, w granicach swych uprawnień, korespondencji wynikającej z zakresu działania podległych mu komórek organizacyjnych;
- 8) parafowanie projektów pism zastrzeżonych do podpisu Prezesa Funduszu, przygotowanych przez podległe mu komórki organizacyjne;
- 9) występowanie z wnioskami w sprawach personalnych pracowników podległych komórek organizacyjnych;

- 10) przygotowywanie sprawozdań i informacji dotyczących prac podległych komórek organizacyjnych w zakresie i terminach określonych przez Prezesa Funduszu;
 - 11) wykonywanie innych poleceń Prezesa Funduszu.
6. Zastępcy Prezesa Funduszu podejmują decyzje w zakresie powierzonych im spraw.

Rozdział 3

Struktura organizacyjna Funduszu

§ 9. W skład Funduszu wchodzi centrala Funduszu oraz następujące oddziały wojewódzkie Funduszu:

- 1) Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą we Wrocławiu;
- 2) Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Bydgoszczy;
- 3) Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Lublinie;
- 4) Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze;
- 5) Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Łodzi;
- 6) Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie;
- 7) Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie;
- 8) Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Opolu;
- 9) Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie;
- 10) Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Białymstoku;
- 11) Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Gdańsku;
- 12) Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Katowicach;
- 13) Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Kielcach;
- 14) Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Olsztynie;
- 15) Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Poznaniu;
- 16) Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Szczecinie.

§ 10. Do zakresu rzeczowego działania centrali Funduszu należy:

- 1) zapewnienie swobodnego, równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawcy;
- 2) wykonywanie czynności z zakresu gospodarki finansowej Funduszu;
- 3) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
- 4) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia, w tym wydawanie Biuletynu Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 5) opracowywanie zasad polityki informacyjnej Funduszu;
- 6) realizacja polityki kadrowej i szkoleniowej Funduszu;
- 7) opiniowanie projektów aktów prawnych związanych z działalnością Funduszu;

- 8) opracowywanie obowiązujących w Funduszu regulaminów i instrukcji z zakresu prawa pracy, rachunkowości, kancelaryjnych, archiwalnych, ochrony przeciwpożarowej oraz obrony cywilnej;
- 9) obsługa techniczno-organizacyjna organów Funduszu;
- 10) koordynowanie pracy oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 11) wykonywanie czynności z zakresu kontroli prawidłowości przeprowadzania konkursu ofert, rokowań i zawierania umów ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 12) określanie jakości, dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, analizowanie na bieżąco kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
- 13) wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 14) przeprowadzanie działań mających na celu propagowanie zachowań prozdrowotnych, inicjowanie programów profilaktycznych z zakresu ochrony zdrowia, opracowywanie programów badań profilaktycznych;
- 15) wykonywanie czynności nadzorczych związanych z realizacją umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kontrolą dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 16) prowadzenie rozliczeń składek na ubezpieczenie zdrowotne, w szczególności rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i Kasą Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 17) opracowanie projektu planu finansowego Funduszu;
- 18) opracowanie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, corocznej prognozy przychodów i kosztów Funduszu na kolejne 3 lata;
- 19) sporządzanie sprawozdań finansowych w centrali Funduszu i łącznego sprawozdania finansowego Funduszu.

§ 11. W skład centrali Funduszu wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Gabinet Prezesa;
- 2) Biuro Rady Funduszu;
- 3) Biuro do Spraw Współpracy Międzynarodowej;
- 4) Departament Organizacyjno-Prawny;
- 5) Zespół Radców Prawnych;
- 6) Departament Kontroli Wewnętrznej;
- 7) Audytor Wewnętrzny;
- 8) Departament Spraw Świadczeniobiorców;
- 9) Departament Zarządzania Strategicznego;
- 10) Departament Gospodarki Lekami;
- 11) Departament Księgowości;
- 12) Departament Informatyzacji;

- 13) Departament Spraw Pracowniczych;
- 14) Departament Administracyjny;
- 15) Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 16) Departament do Spraw Służb Mundurowych;
- 17) Pełnomocnik do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych;
- 18) Rzecznik Praw Pacjenta.

§ 12. 1. Oddziałem wojewódzkim Funduszu kieruje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Prezes Funduszu, na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, powołuje nie więcej niż trzech zastępców dyrektora, w tym zastępcę dyrektora do spraw służb mundurowych, i głównego księgowego.

3. Zakres działania dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu określają ustawa oraz niniejszy statut.

4. Do zakresu działania dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należy w szczególności:

- 1) powołanie i znoszenie placówek terenowych oddziału wojewódzkiego Funduszu, zwanej dalej "delegaturą oddziału", po zasięgnięciu opinii rady oddziału;
- 2) powoływanie i odwoływanie kierownika delegatury oddziału;
- 3) dokonywanie wyboru realizatorów programów zdrowotnych lub realizacja tych programów;
- 4) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) nadzór nad przygotowywaniem przez pracowników oddziału projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 6) nadzór nad przygotowywaniem przez pracowników oddziału projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 7) powoływanie kierownika Wydziału do Spraw Służb Mundurowych;
- 8) wykonywanie czynności związanych z realizacją planu finansowego Funduszu w zakresie, w jakim dotyczy danego oddziału wojewódzkiego.

5. Prezes Funduszu może udzielić dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych oraz upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych.

6. W skład oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Wydział Organizacyjno-Prawny;
- 2) Zespół Radców Prawnych;
- 3) Wydział Spraw Świadczeniobiorców;
- 4) Wydział Gospodarki Lekami;
- 5) Wydział Ekonomiczno-Finansowy;
- 6) Wydział Analiz Ekonomiczno-Medycznych;
- 7) Wydział Księgowości;
- 8) Wydział Informatyzacji;
- 9) Wydział Administracyjny i Spraw Pracowniczych;

- 10) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 11) Wydział do Spraw Służb Mundurowych;
- 12) Wydział Kontroli;
- 13) Wydział Monitorowania Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 14) Rzecznik Praw Pacjenta.

7. W przypadkach uzasadnionych liczbą świadczeniobiorców obsługiwanych przez oddział wojewódzki i zakresem wykonywanych przez niego zadań dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wydać decyzję o łączeniu komórek organizacyjnych wymienionych w ust. 5.

8. W oddziałach wojewódzkich Funduszu mogą być tworzone delegatury oddziału.

9. Delegatury oddziału tworzy się w celu poprawy dostępności Funduszu dla świadczeniobiorców, ułatwienia współpracy ze świadczeniodawcami oraz ułatwienia monitorowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Szczegółowy zakres działania delegatury oddziału określa dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

10. Delegaturą oddziału kieruje kierownik tej delegatury.

§ 13. Rzecznika Praw Pacjenta oraz Rzeczników Praw Pacjenta w oddziałach wojewódzkich Funduszu powołuje się po uzyskaniu pozytywnej opinii odpowiednio Rady Funduszu i rad oddziałów.

§ 14. Do zakresu rzeczowego działania oddziału wojewódzkiego Funduszu należy, w szczególności:

- 1) przeprowadzanie konkursów ofert i rokowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) zawieranie i rozliczanie ze świadczeniodawcami zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) bieżąca kontrola świadczeniodawców i aptek w zakresie określonym ustawą;
- 4) opracowywanie projektu wojewódzkiego planu zdrowotnego i przekazywanie go do centrali Funduszu;
- 5) realizacja strategii i planów działania Funduszu w zakresie polityki informacyjnej oraz regionalna współpraca z mediami;
- 6) wykonywanie innych zadań zleconych przez Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 15. W strukturach organizacyjnych centrali Funduszu i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz w strukturach delegatur mogą być tworzone wydziały, działy, sekcje i samodzielne stanowiska, w tym jednostki organizacyjne koordynujące współpracę z Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.

§ 16. Przy oddziałach wojewódzkich Funduszu działają rady oddziału.

§ 17. 1. Skład rady oddziału, tryb powoływania i odwoływania jej członków oraz jej zadania określa ustawa.

2. Do zakresu zadań rad oddziału należą także sprawy z zakresu:

- 1) opiniowania tworzenia i znoszenia delegatur oddziału,
- 2) wyrażania opinii o kandydatach na stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta.

§ 18. Szczegółowy zakres zadań komórek organizacyjnych Funduszu określa regulamin organizacyjny Funduszu uchwalony przez Zarząd Funduszu.

UZASADNIENIE

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zobowiązuje Prezesa Rady Ministrów do nadania Narodowemu Funduszowi Zdrowia statutu, uwzględniającego w szczególności strukturę organizacyjną Funduszu i siedziby oddziałów wojewódzkich oraz sprawne wykonywanie zadań przez Fundusz.

Projekt rozporządzenia wprowadza znaczące zmiany w stosunku do istniejących rozwiązań przyjętych w poprzedniej regulacji prawnej normującej przedmiotową dziedzinę, tj. rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 marca 2003 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 55, poz. 481). Potrzeba jego wydania wynika z uchwalenia ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i utratą mocy prawnej przez dotychczasowe akty wykonawcze wydane na podstawie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 z późn. zm.).

Zmiany w stosunku do poprzednich rozwiązań polegają w szczególności na jasnym określeniu kompetencji działań poszczególnych organów Funduszu, tj. Prezesa i Rady oraz takim określeniu kompetencji oddziałów wojewódzkich i ich dyrektorów, a także rad oddziałów, które pozwoli na jak najbardziej sprawne wykonywanie zadań i zapobiegnie krzyżowaniu się kompetencji. Zawarte w projekcie rozwiązania dzięki m.in. zmniejszeniu liczby komórek organizacyjnych Centrali i oddziałów wojewódzkich, pozostawieniu Prezesowi określenia zakresu zadań jego zastępców i odpowiednio nadanie takich kompetencji dyrektorom oddziałów mają przyczynić się do właściwego i racjonalnego podziału pracy w ramach Funduszu.

Na uwagę zasługuje przekazanie na szczebel oddziału podejmowania decyzji o tworzeniu i znoszeniu placówek terenowych. Decyzje taki podejmować mają dyrektorzy oddziałów po zasięgnięciu opinii rad oddziałów. Ważnym elementem jest także wzmocnienie pozycji Rzeczników Praw Pacjentów.

Przyjęte rozwiązania czynią zadość ustawowej delegacji i odpowiadają na potrzebę zapewnienia Funduszowi funkcjonalności działania, na co zwrócił uwagę Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. K 14/03 (Dz. U. Nr 5, poz. 37) kwestionując utworzenie Narodowego Funduszu Zdrowia w formie uniemożliwiającej jego funkcjonalne działanie. Zawarte w ustawie oraz w przedstawionym projekcie rozwiązania prawne mają na celu stworzenie takich ram organizacyjnych i prawnych, które pozwolą osiągnąć wysoką sprawność działania Funduszu i jego organów oraz wewnętrznych komórek organizacyjnych w celu sprawnego wykonywania jego zadań ustawowych.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty na które oddziałują projektowane regulacje.

Projekt będzie oddziaływał na Narodowy Fundusz Zdrowia.

2. Konsultacje społeczne.

Projekt zostanie przesłany do Narodowego Funduszu Zdrowia, a także zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego.

Projekt nie wpłynie na dochody i wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego. Nie wpłynie także na dochody i wydatki jednostek sektora finansów publicznych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na sytuację i rozwój regionów.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na zdrowie ludzi.

8. Zgodność projektu z prawem Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja jest zgodna z prawem Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2004 r.

w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 141 ust. 3 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) cena jednostkowa - kwotę określającą wartość jednego świadczenia wyrażonego w określonych jednostkach rozliczeniowych;
- 2) formularz serii E-100 - formularz określony przez Komisję Administracyjną do spraw Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących stosowany przy koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w związku z rzeczowymi świadczeniami opieki zdrowotnej;
- 3) kapitacyjna stawka roczna - kwotę przeznaczoną na objęcie podstawową opieką zdrowotną jednego ubezpieczonego w okresie jednego roku;
- 4) materiały informacyjne - określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, szczegółowe informacje opisujące przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki wymagane od świadczeniodawców, które stanowią załącznik do umowy;
- 5) okres rozliczeniowy – rok kalendarzowy albo inny okres określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku gdy umowa została zawarta na okres krótszy niż rok;
- 6) okres sprawozdawczy – miesiąc kalendarzowy lub inny okres upływający w ostatnim dniu miesiąca, w przypadku gdy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie została zawarta pierwszego dnia danego miesiąca;

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1131).

- 7) punkt rozliczeniowy - jednostkę rozliczeniową stosowaną przez Fundusz do wyrażania wartości świadczeń będących przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 8) rachunek – fakturę lub rachunek;
- 9) rodzaj świadczeń – wyodrębnione świadczenia opieki zdrowotnej oznaczone wspólną nazwą, kontraktowane przez Fundusz w ramach jednego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 10) ryczałt – kwotę przeznaczoną na finansowanie ogółu świadczeń opieki zdrowotnej danego zakresu;
- 11) ustawa – ustawę z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 12) zakres świadczeń – wyodrębnione jednorodne świadczenia w ramach określonego rodzaju świadczeń.

§ 2.

Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanej dalej „umową”, jest udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanych dalej „świadczeniami”, w następujących zakresach świadczeń:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna;
- 2) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne;
- 3) leczenie szpitalne;
- 4) leczenie psychiatryczne i uzależnień;
- 5) rehabilitacja lecznicza;
- 6) opieka długoterminowa;
- 7) leczenie stomatologiczne;
- 8) leczenie uzdrowiskowe;
- 9) ratownictwo i transport sanitarny;
- 10) programy zdrowotne;
- 11) świadczenia wysokospecjalistyczne;
- 12) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- 13) świadczenia odrębnie kontraktowane.

§ 3.

1. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za udzielanie lub zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu na innej podstawie niż

umowa o pracę, a także osoby którym udzielanie świadczeń powierzył oraz odpowiada za szkody powstałe w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń.

2. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną osobom trzecim przy udzielaniu świadczeń albo związanych z zaniechaniem udzielania świadczeń ponosi świadczeniodawca.

§ 4.

1. Świadczeniodawca jest obowiązany do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na czas obowiązywania umowy, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 17 listopada 1998 r. w sprawie ogólnych warunków obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone przy udzielaniu tych świadczeń (Dz.U. Nr 143, poz. 921).

2. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV i WZW.

3. Świadczeniodawca jest obowiązany posiadać ważne ubezpieczenie w zakresie, o którym mowa w ust. 1 i 2, przez cały okres obowiązywania umowy. Suma gwarancyjna nie może ulec zmianie w okresie obowiązywania umowy.

4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulega rozwiązaniu w trakcie obowiązywania umowy, świadczeniodawca jest obowiązany dostarczyć oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu kopię nowej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej umowy ubezpieczenia.

§ 5.

1. Świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

2. Świadczeniodawca jest obowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń w ramach umowy.

§ 6.

1. Świadczenia udzielane są osobiście, przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia określone w odrębnych przepisach oraz spełniające

wymagania przewidziane przez Fundusz, zgodnie z wykazami złożonymi przez świadczeniodawcę w toku postępowania o zawarcie umowy.

2. Świadczeniodawca, w przypadku zmian w wykazach, o których mowa w ust. 1, jest obowiązany do informowania o tych zmianach odpowiednio oddział wojewódzki Funduszu albo Prezesa Funduszu oraz przekazywania aktualnego wykazu, w terminie 14 dni, od dnia zaistnienia zmian.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym dla udzielania świadczeń, nie mogą udzielać świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej albo w innej jednostce organizacyjnej tego samego zakładu opieki zdrowotnej, z wyłączeniem świadczeń ratujących życie, udzielanych w przypadkach nagłych osobom znajdującym się w innej jednostce organizacyjnej tego samego zakładu opieki zdrowotnej.

4. W przypadku zaistnienia okoliczności stanowiących przeszkodę w wykonaniu umowy, świadczeniodawca jest obowiązany do poinformowania odpowiednio oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezesa Funduszu, nie później niż w terminie 7 dni, o zaistnieniu tych okoliczności. Oddział wojewódzki Funduszu albo Prezes Funduszu wyznacza świadczeniodawcy termin do usunięcia przeszkód w wykonaniu umowy odpowiedni do okoliczności lub rozwiązuje umowę.

§ 7.

1. Świadczeniodawca jest obowiązany do podania do publicznej wiadomości informacji o godzinach i miejscu udzielania świadczeń.

2. Świadczeniodawca jest obowiązany umieszczać w widocznym miejscu, na zewnątrz budynku siedziby i jednostek organizacyjnych, tablicę ze znakiem graficznym Funduszu, zgodnie ze wzorem i opisem określonym przez Fundusz.

3. W przypadku, gdy w budynku, o którym mowa w ust. 2, świadczenia udzielane są przez podmioty, które nie zawarły umowy z Funduszem, znak graficzny Funduszu powinien jednoznacznie identyfikować świadczeniodawcę.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany do umieszczenia na tablicy informacyjnej wewnątrz budynku siedziby i jednostek organizacyjnych informacji dotyczących w szczególności:

- 1) imion i nazwisk osób udzielających świadczeń wraz z podaniem godzin i miejsca ich udzielania;
- 2) świadczeniodawcy, o którym mowa w § 10 ust. 2;
- 3) sposobie rejestracji pacjentów, w tym zasad zgłaszania wizyt domowych;
- 4) sposobie informowania pacjentów o przewidywanym terminie i godzinie udzielenia świadczenia;
- 5) trybu składania skarg i wniosków;
- 6) Karty Praw Pacjenta;
- 7) najbliższych świadczeniodawców udzielających nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej;

- 8) sposobu uzyskania świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego oraz transportu sanitarnego.

§ 8.

Świadczeniodawca jest obowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym, określonym w przepisach odrębnych, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami oraz ich aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione serwisy.

§ 9.

1. Świadczeniodawca udziela świadczeń na podstawie skierowania, które powinno zawierać w szczególności:

- 1) pieczęć lub nadruk z nazwą, adresem, telefonem świadczeniodawcy oraz numerem umowy zawartej z Funduszem;
 - 2) datę wystawienia skierowania;
 - 3) PESEL oraz imię i nazwisko ubezpieczonego, a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji imię i nazwisko oraz numer i rodzaj dokumentu ją identyfikującego;
 - 4) rozpoznanie i kod jednostki chorobowej według ICD-10;
 - 5) cel skierowania (rodzaj porady lub przekazanie do leczenia albo rodzaj procedury);
 - 6) podpis i pieczętkę lekarza z czytelnym numerem prawa wykonywania zawodu;
 - 7) załączone lub opisane wykonane dotychczas badania lub dotychczasowe postępowanie.
2. Skierowaniem jest również karta informacyjna z leczenia szpitalnego lub karta informacyjna z izby przyjęć, z odpowiednim wpisem określającym wskazanie do dalszego leczenia.
3. Skierowanie na leczenie specjalistyczne obejmuje całość świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem schorzenia, które było podstawą jego wystawienia. Aktualizacja skierowania nie jest wymagana.
4. Skierowanie na badanie diagnostyczne powinno zawierać w szczególności:
- 1) pieczęć lub nadruk z nazwą, adresem, telefonem świadczeniodawcy oraz numerem umowy zawartej z Funduszem;
 - 2) datę wystawienia skierowania;
 - 3) PESEL oraz imię i nazwisko ubezpieczonego, a w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji imię i nazwisko oraz numer i rodzaj dokumentu ją identyfikującego;
 - 4) zlecone badania;

- 5) podpis i pieczęć lekarza z czytelnym numerem prawa wykonywania zawodu.
5. Zlecenie na zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny lub na zaopatrzenie w środek pomocniczy zawiera w szczególności:
 - 1) pieczęć lub nadruk z nazwą, adresem, telefonem świadczeniodawcy oraz numerem umowy zawartej z Funduszem;
 - 2) pieczęć i podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego wystawiającego zlecenie;
 - 3) nazwę i kod przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, zgodną z nazewnictwem i kodami określonymi w odrębnych przepisach o limitach cen dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
 - 4) uzasadnienie zawierające wskazanie medyczne dla danego rodzaju przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, zgodne z przepisami o wykazie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, oraz adnotację o rodzaju dysfunkcji ("dysfunkcja stała", "dysfunkcja czasowa", "do stałego używania");
 - 5) wskazanie wysokości udziału własnego ubezpieczonego w cenie nabycia;
 - 6) adnotację "inwalida wojenny" lub "inwalida wojskowy" oraz numer dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie - w przypadku inwalidów wojennych lub wojskowych.
6. Zlecenie, o którym mowa w ust. 5, może zawierać szczegółowy opis przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, według którego powinien być wykonany albo dobrany i dopasowany.
7. Kosztami refundacji przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wystawionych niezgodnie z zasadami, określonymi w ust. 5, Fundusz obciąża świadczeniodawcę, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
8. Wysokość i termin zwrotu kosztów refundacji Fundusz określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Termin zwrotu nie może być krótszy niż 14 dni i nie dłuższy niż 21 dni od dnia wezwania. W przypadku niedokonania zwrotu w wyznaczonym terminie, określona w wezwaniu kwota wraz z ustawowymi odsetkami podlega potrąceniu z należnej świadczeniodawcy płatności.
9. Wzory skierowań i zleceń, o których mowa w ust. 1, 4 i 5, Prezes Funduszu określa w materiałach informacyjnych.

§ 10.

1. Świadczeniodawca jest obowiązany do zapewnienia we własnym zakresie ciągłości udzielania świadczeń, a w szczególności do ich udzielania przez cały okres obowiązywania umowy.
2. W przypadku okresowego i przemijającego braku możliwości udzielania świadczeń, świadczeniodawca jest obowiązany do zapewnienia we własnym zakresie ciągłości udzielania

świadczeń przez innego wyznaczonego przez siebie świadczeniodawcę, z którym Fundusz zawarł umowę, spełniającego warunki przewidziane w umowie.

3. O zaistnieniu okoliczności, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca jest obowiązany niezwłocznie powiadomić odpowiednio oddział wojewódzki Funduszu albo Prezesa Funduszu, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy brak możliwości udzielania świadczeń trwa dłużej niż 3 dni świadczeniodawca jest obowiązany powiadomić pisemnie odpowiednio oddział wojewódzki Funduszu albo Prezesa Funduszu o zaistniałych okolicznościach. Udzielanie świadczeń przez wyznaczonego świadczeniodawcę, o którym mowa w ust. 2, przez okres dłuższy niż 14 dni wymaga uzyskania zgody odpowiednio dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezesa Funduszu, której udziela się albo odmawia udzielenia, w formie pisemnej, w terminie 7 dni od dnia otrzymania powiadomienia.

§ 11.

1. Świadczeniodawca, który nie może zapewnić we własnym zakresie kompleksowego udzielania świadczeń jest obowiązany do ich zorganizowania i finansowania, w ramach środków finansowych określonych w umowie. W szczególności świadczeniodawca jest obowiązany do zapewnienia wykonania badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej i innych badań, procedur medycznych zapewniających kompleksowość realizowanych świadczeń oraz transportu sanitarnego, w przypadkach określonych w ustawie.
2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty wskazane w dokumentach złożonych przez świadczeniodawcę w toku postępowania o zawarcie umowy.
3. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, świadczenia mogą być wykonywane wyłącznie przez podmioty spełniające warunki określone w umowie, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Świadczenia diagnostyczne mogą być wykonywane wyłącznie przez podmioty spełniające wymagania określone przez Fundusz w materiałach informacyjnych, a w przypadku świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej wyłącznie przez podmioty spełniające wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. Nr 100, poz. 1083, z późn. zm.²⁾) i wykazach medycznych laboratoriów diagnostycznych spełniających podstawowe standardy, jakim powinno odpowiadać laboratorium w oparciu o deklarację laboratorium spełniania podstawowych standardów.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 240, poz. 2052, z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 171, poz. 1663 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959.

5. W przypadku zmian w wykazie podmiotów, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca jest obowiązany przedstawić odpowiednio oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu albo Prezesowi Funduszu stosowną informację wraz z aktualnym wykazem, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia zmian.
6. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podmiotem, o którym mowa w ust. 2, powinna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem.

§ 12.

1. Lekarz specjalista informuje lekarza kierującego i lekarza sprawującego podstawową opiekę zdrowotną nad ubezpieczonym, wykonujących zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o wyniku konsultacji.
2. Lekarz obejmujący ubezpieczonego stałym leczeniem specjalistycznym jest obowiązany do okresowego, co najmniej raz na 6 miesięcy, przekazywania ubezpieczonemu, na jego życzenie, informacji o przebiegu jego leczenia.
3. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej kierując ubezpieczonego do lekarza specjalisty lub do szpitala jest obowiązany do wykonania i dołączenia do skierowania wyników niezbędnych badań diagnostycznych w zakresie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ust. 6 ustawy, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania.
4. W przypadku kierowania ubezpieczonego z jednej poradni specjalistycznej do drugiej, jako badania wstępne przekazywane są badania wykonane w ramach diagnostyki w poradni kierującej oraz badania diagnostyczne wykonane w innych placówkach, ukierunkowane zgodnie z podstawową przyczyną skierowania.
5. W przypadkach, o których mowa w art. 54 ustawy, wszystkie wymagane badania wykonuje świadczeniodawca, do którego zgłosił się ubezpieczony.
6. W przypadku, gdy ubezpieczony objęty leczeniem specjalistycznym wymaga leczenia szpitalnego, lekarz specjalista jest obowiązany do wykonania i dołączenia do skierowania wyników badań diagnostycznych, zgodnie z rozpoznaniem schorzeniem, aktualną wiedzą i praktyką medyczną w celu potwierdzenia wstępnego rozpoznania. Koszty tych badań pokrywa kierujący lekarz specjalista.
7. W przypadku, gdy ubezpieczony objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonywania badań kontrolnych, pozostających w związku ze sprawowanym leczeniem specjalistycznym, skierowanie na te badania wydaje oraz pokrywa ich koszty lekarz specjalista.

8. Pielęgniarka opieki długoterminowej jest obowiązana do informowania lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki środowiskowej lub rodzinnej, do których zadeklarowany jest ubezpieczony o rozpoczęciu i zakończeniu udzielania przez nią świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej.
9. Wzory dokumentów, o których mowa w ust. 1,2 i 8, Prezes Funduszu określa w materiałach informacyjnych.
10. Świadczeniodawca udzielający świadczeń jest obowiązany do niezwłocznego poinformowania oddziału wojewódzkiego Funduszu o każdym przypadku niewykonania przez świadczeniodawcę kierującego obowiązków określonych w ust. 3 i 4.

§ 13.

1. Świadczeniodawca zapewnia rejestrację pacjentów na podstawie zgłoszenia:
 - 1) osobistego;
 - 2) telefonicznego;
 - 3) za pośrednictwem osoby trzeciej.
2. Świadczeniodawca jest obowiązany do przyjęcia ubezpieczonego w terminie z nim uzgodnionym. Jeżeli z powodu nagłych przyjęć świadczeniodawca nie może przyjąć ubezpieczonego w uzgodnionym terminie, jest on obowiązany do wyznaczenia nowego terminu i poinformowania o nim ubezpieczonego.
3. Świadczenia powinny być udzielane przez świadczeniodawcę w możliwie najkrótszym terminie. Świadczeniodawca jest obowiązany do prowadzenia listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z postanowieniami ustawy.
4. Świadczeniodawca nie może, bez uzasadnionej przyczyny, odmówić ubezpieczonemu posiadającemu skierowanie do świadczeniodawcy udzielenia świadczenia. Każda odmowa powinna być potwierdzona przez świadczeniodawcę na skierowaniu. Potwierdzenie powinno zawierać datę, pieczęć z nazwą, adresem i telefonem świadczeniodawcy, imieniem i nazwiskiem oraz pieczęcią i podpisem osoby odmawiającej przyjęcia oraz podaniem przyczyny odmowy.

§ 14.

1. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych leczonym przez niego osobom, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Lekarz świadczeniodawcy powinien wystawiać recepty zgodnie z obowiązującymi przepisami określającymi sposób i tryb wystawiania recept oraz ich wzory.

3. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wystawiając receptę na bezpłatne leki dla osób, o których mowa w art. 38 - 41 ustawy, obowiązany jest do sprawdzenia uprawnień tych osób i odnotowania w dokumentacji medycznej nazwy i numeru seryjnego dokumentu potwierdzającego uprawnienie.
4. Kosztami refundacji recept wystawionych niezgodnie z zasadami, określonymi w ust. 2 i 3, Fundusz obciąża świadczeniodawcę, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
5. Wysokość i termin zwrotu kosztów refundacji dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określa w pisemnym wezwaniu do zapłaty. Termin zwrotu nie może być krótszy niż 14 dni i nie dłuższy niż 21 dni od dnia wezwania. W przypadku niedokonania zwrotu w wyznaczonym terminie, określona w wezwaniu kwota wraz z ustawowymi odsetkami podlega potrąceniu z należnej świadczeniodawcy płatności.

§ 15.

1. Świadczeniodawcy przysługuje wynagrodzenie od Funduszu z tytułu udzielania świadczeń na podstawie umowy.
2. Fundusz na realizację świadczeń będących przedmiotem umowy przeznaczają maksymalnie kwotę określoną w umowie, z zastrzeżeniem, że maksymalna kwota nie obejmuje wartości świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E-125. O rodzaju i zakresie świadczeń rozliczanych na podstawie formularza E-125 informuje świadczeniodawcę oddział wojewódzki Funduszu.
3. Wynagrodzenie z tytułu umowy za realizację świadczeń w okresie sprawozdawczym wypłaca się w okresach miesięcznych z dołu w terminach do 26 dnia każdego miesiąca za poprzedni miesiąc, po dostarczeniu przez świadczeniodawcę do 12 dnia miesiąca prawidłowo sporządzonych dokumentów, o których mowa w § 27 ust. 1 i 5. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy wskazany przez świadczeniodawcę, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli termin płatności przypada w sobotę, to wypłata należności zostanie dokonana w poprzednim dniu roboczym.
5. Fundusz upoważnia świadczeniodawcę do wystawiania faktur bez podpisu dyrektora oddziału wojewódzkiego albo Prezesa Funduszu.
6. Jeżeli oddział wojewódzki Funduszu lub Prezes Funduszu opóźnia się z wypłatą wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3 świadczeniodawca może żądać odsetek ustawowych za czas opóźnienia.

§ 16.

1. Opóźnienie w przedstawieniu przez świadczeniodawcę dokumentów, o których mowa w § 27 ust. 1 i 5, może spowodować przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia.
2. Przedstawienie przez świadczeniodawcę dokumentów, o których mowa w § 27 ust. 1 i 5, sporządzonych w sposób nieprawidłowy, może spowodować wstrzymanie płatności tej części należności, co do której odpowiednio oddział wojewódzki Funduszu albo Prezes Funduszu wnosi zastrzeżenia, z zastrzeżeniem ust. 3-5. Oddział wojewódzki Funduszu albo Prezes Funduszu informują świadczeniodawcę o przyczynie wstrzymania płatności, w terminie 7 dni od dnia przyjęcia dokumentów.
3. W przypadku wstrzymania odpowiednio przez oddział wojewódzki Funduszu albo Prezesa Funduszu płatności całości lub części należności świadczeniodawca jest obowiązany do uzupełnienia dokumentów, usunięcia nieprawidłowości lub wystawienia dokumentu korygującego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o stwierdzonych uchybieniach.
4. Do czasu uzupełnienia dokumentów, usunięcia nieprawidłowości lub wystawienia dokumentu korygującego odpowiednio oddział wojewódzki Funduszu albo Prezes Funduszu nie dokonuje wypłaty wstrzymanych należności, a także ma prawo do wstrzymania płatności w całości lub części za następny okres sprawozdawczy.
5. Oddział wojewódzki Funduszu albo Prezes Funduszu dokonuje wypłaty wstrzymanych należności w terminie 7 dni od dnia uzupełnienia dokumentów, usunięcia nieprawidłowości lub otrzymania dokumentu korygującego, nie wcześniej niż w terminie, o którym mowa w § 15 ust. 3.

§ 17.

1. Wszelkie płatności uważa się za dokonane w dniu uznania rachunku bankowego świadczeniodawcy.
2. Całkowite roczne rozliczenie rzeczowo-finansowe wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 30 dni po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

§ 18.

1. W przypadku stwierdzenia odpowiednio przez oddział wojewódzki Funduszu albo Prezesa Funduszu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych, kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zwrotu.
2. Brak zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych w terminie, o którym mowa w ust. 1, upoważnia odpowiednio oddział wojewódzki Funduszu albo Prezesa Funduszu do dokonania

potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z kolejnej należności przysługującej świadczeniodawcy.

§ 19.

1. Wynagrodzenie za świadczenia będące przedmiotem umowy rozliczane są zgodnie z następującymi systemami finansowania świadczeń:
 - 1) system finansowania świadczeń, dla których określono cenę jednostkową;
 - 2) system finansowania świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną;
 - 3) system finansowania świadczeń, dla których określono ryczałt;
 - 4) system finansowania świadczeń w ramach budżetu określonego planem rzeczowym.
2. W ramach jednego rodzaju świadczeń mogą być stosowane jeden lub więcej systemów finansowania.
3. System finansowania świadczeń w danym rodzaju świadczeń określa umowa.

§ 20.

1. Wynagrodzenie z tytułu realizacji świadczeń, dla których określono cenę jednostkową, za okres sprawozdawczy, określone w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę iloczynów liczby wykonanych poszczególnych świadczeń wyrażonych w liczbach całkowitych lub odpowiadających im punktach rozliczeniowych i cen jednostkowych, nie większą niż wartość 1/12 kwoty należnej za dany zakres świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 21.
2. Wynagrodzenie za bieżący okres sprawozdawczy, określone w rachunku, może być wyższe niż wynikające z ust. 1, w przypadku gdy kwoty miesięcznych należności za ubiegłe okresy sprawozdawcze w okresie obowiązywania umowy były niższe, niż określone w ust. 1. W tym przypadku łączna kwota wynagrodzenia za bieżący i ubiegłe okresy sprawozdawcze nie może być wyższa od iloczynu okresów sprawozdawczych, za które dokonano płatności i wartości 1/12 kwoty należnej za dany zakres świadczeń.
3. W przypadku zawarcia umowy na część roku kalendarzowego lub zmiany rocznej kwoty umowy w okresie jej obowiązywania, przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio.
4. Kwoty miesięcznych rachunków sporządzonych przez świadczeniodawcę nie mogą być wyższe od kwot wynikających z ust. 1 - 3.

§ 21.

1. Przepisów § 24 nie stosuje się do świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E-125.

2. Wynagrodzenie z tytułu realizacji świadczeń, o których mowa w ust. 1, za okres sprawozdawczy, określone w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, odrębnie dla każdego uprawnionego, stanowi sumę iloczynów liczby wykonanych poszczególnych świadczeń wyrażonych w liczbach całkowitych lub odpowiadających im punktach rozliczeniowych i cen jednostkowych.

§ 22.

1. System finansowania świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną, jest stosowany w szczególności w podstawowej opiece zdrowotnej.
2. Wynagrodzenie z tytułu realizacji świadczeń, dla których określono kapitacyjną stawkę roczną, za okres sprawozdawczy, określone w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi iloczyn liczby ubezpieczonych i osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, objętych opieką i 1/12 kapitacyjnej stawki rocznej, uwzględniającej wskaźniki, o których mowa w ust. 4.
3. Liczba ubezpieczonych i osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, objętych opieką ustalana jest na podstawie list pacjentów, sporządzanych w oparciu o deklaracje wyboru osoby udzielającej świadczeń (lekarza, pielęgniarki, położnej) zgodnie ze wzorem ustalonym przez Fundusz, według stanu na pierwszy dzień miesiąca.
4. Wysokość kapitacyjnej stawki rocznej ustalonej z uwzględnieniem wskaźników korygujących, początkową liczbę ubezpieczonych i osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, objętych opieką, szczególne zasady przekazywania danych o liczbie osób objętych opieką oraz zasady weryfikacji list tych osób określa umowa.
5. Wskaźniki korygujące, o których mowa w ust. 4, dotyczą:
 - 1) grup wiekowych świadczeniobiorców;
 - 2) szczególnych środowisk pobytu świadczeniobiorców;
 - 3) grup chorobowych świadczeniobiorców (grup dyspanseryjnych);
 - 4) szczególnych warunków terenowych lub terenów o rażąco odbiegającej od średniej gęstości zaludnienia.
6. Stawka kapitacyjna może zawierać elementy składowe, wyróżniające szczególne zakresy działalności świadczeniodawcy realizującego umowę, w tym związane z realizacją programów profilaktycznych i promocji zdrowia, ponoszeniem kosztów badań diagnostycznych, transportu sanitarnego.
7. Stawka kapitacyjna w podstawowej opiece zdrowotnej może zawierać w szczególności następujące elementy składowe, które mogą być stosowane łącznie lub oddzielnie:

- 1) stawka lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
 - 2) stawka pielęgniarki środowiskowo – rodzinnej;
 - 3) stawka położnej środowiskowo – rodzinnej;
 - 4) stawka pielęgniarki, która ukończyła specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej.
8. Stawka kapitacyjna może obejmować całkowite lub częściowe koszty świadczeń zleconych przez świadczeniodawcę podstawowej opieki zdrowotnej lub realizowanych na podstawie jego skierowania.
9. W przypadku zawarcia umowy na część roku kalendarzowego lub zmiany rocznej kwoty umowy w okresie jej obowiązywania, przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio.

§ 23.

Świadczenia udzielone na podstawie umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, nieznajdującym się na liście osób objętych opieką, prowadzonej przez świadczeniodawcę, są finansowane zgodnie z zasadami i cenami dotyczącymi finansowania świadczeń udzielanych na rzecz ubezpieczonych spoza terenu objętego właściwością oddziału wojewódzkiego Funduszu, określonymi w umowie.

§ 24.

1. Wynagrodzenie z tytułu realizacji świadczeń, dla których określono ryczałt, za okres sprawozdawczy, określone w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi wartość 1/12 rocznej kwoty należnej za dany zakres świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. W przypadku zawarcia umowy na część roku kalendarzowego lub zmiany rocznej kwoty umowy w okresie jej obowiązywania, przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio.
3. W przypadku świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E-125, należność z tytułu realizacji świadczeń, za okres sprawozdawczy, określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, równa jest wysokości rzeczywistych kosztów świadczenia poniesionych przez świadczeniodawcę.

§ 25.

1. Umowa o udzielanie świadczeń przewidująca finansowanie świadczeń zgodnie z § 19 ust. 1 pkt 4, dla której podstawą jest plan rzeczowo – finansowy określający zakres niezbędnych świadczeń,

może być rozliczana w całości lub w części, stałym wynagrodzeniem, stanowiącym 1/12 rocznej kwoty należnej za dany okres świadczeń.

2. Stałe wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1, może uwzględniać w szczególności:
 - 1) niezbędne koszty stałe świadczeniodawcy;
 - 2) koszty zmienne świadczeniodawcy, na zasadach i do poziomu określonego w umowie;
 - 3) koszty pozostawania w gotowości szpitali włączonych do Krajowej Sieci Szpitali, o której mowa w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej.
3. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest rachunek przedstawiony przez świadczeniodawcę na kwotę określoną w umowie.
4. W przypadku zawarcia umowy, o której mowa w ust. 1, przepisy § 26 i 27 stosuje się odpowiednio.

§ 26.

1. Świadczeniodawca jest obowiązany do prowadzenia rejestru świadczeń, zawierającego dane określone w ustawie i w przepisach wydanych na jej podstawie.
2. Świadczeniodawca jest obowiązany do przekazywania odpowiednio oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu albo Prezesowi Funduszu danych, o których mowa w ust. 1, w formie zapisu elektronicznego w formacie wymiany danych wymaganym przez odpowiedni system informatyczny Funduszu.
3. Oprogramowanie aplikacyjne wymagane do wykonywania sprawozdawczości zgodnie z umową, odpowiednio oddział wojewódzki Funduszu albo Prezes Funduszu dostarczają świadczeniodawcy nieodpłatnie.

§ 27.

1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym oraz sprawozdaniem z wykonania umowy, które należy przedstawić w terminie do 10 dnia każdego miesiąca odpowiednio oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu albo Prezesowi Funduszu, z zastrzeżeniem ust. 5. Rachunek powinien być sporządzony zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Raport statystyczny oraz sprawozdanie, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje w formie zapisu elektronicznego w formacie wymaganym odpowiednio przez oddział wojewódzki Funduszu albo Prezesa Funduszu, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
3. Rachunek, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje w formie pisemnej oraz w formie zapisu elektronicznego w formacie wymaganym odpowiednio przez oddział wojewódzki Funduszu albo Prezesa Funduszu.

4. Oddział wojewódzki Funduszu albo Prezes Funduszu mogą dokonać zmiany terminów przekazywania danych, o których mowa w ust. 1, informując o tym świadczeniodawcę z wyprzedzeniem co najmniej jednego okresu sprawozdawczego.
5. W przypadku świadczeń wykonanych na rzecz osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczanych na podstawie formularza E-125, świadczeniodawca jest obowiązany przekazać wraz z rachunkiem i dokumentami określonymi w ust. 1, kopię właściwego formularza serii E-100 lub kopię Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, a także "Kartę informacyjną o świadczeniach udzielonych osobie uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji", w formie pisemnej zgodnej ze wzorem ustalonym przez Fundusz, podawanym Świadczeniodawcom do wiadomości co najmniej na 30 dni przed terminem jego obowiązywania, oraz w formie zapisu elektronicznego w formacie wymaganym odpowiednio przez oddział wojewódzki Funduszu albo Prezesa Funduszu.

§ 28.

Świadczeniodawca jest obowiązany do:

- 1) prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach określonych w odrębnych przepisach oraz umowie;
- 2) sporządzania sprawozdań statystycznych i finansowych zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 3) pisemnego przekazywania informacji, zaświadczeń i opinii niezbędnych do realizacji zadań Funduszu, zgodnie z odrębnymi przepisami;
- 4) sporządzania dodatkowych informacji i sprawozdań na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu, zgodnie z odrębnymi przepisami;
- 5) prowadzenia rejestru ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia oraz przekazywania odpowiednio do oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezesa Funduszu, zgodnie z odrębnymi przepisami, informacji o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania.

§ 29.

1. Świadczeniodawca jest obowiązany do przestrzegania praw pacjenta.
2. Świadczeniodawca jest obowiązany do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu utrzymanie i podnoszenie poziomu jakości udzielanych świadczeń.
3. Fundusz może żądać przedstawienia przez świadczeniodawcę informacji o realizacji zadań określonych w ust. 2.

§ 30.

1. Fundusz przeprowadza kontrole realizacji umów przez świadczeniodawców, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. W przypadku, gdy świadczenie udzielone jest na koszt ubezpieczonego, na podstawie art. 44 ust. 4 ustawy, świadczeniodawca jest obowiązany do poinformowania go o prawie ubiegania się o zwrot poniesionych kosztów świadczenia od świadczeniodawcy, w razie późniejszego przedstawienia karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego właściwego dokumentu.
3. W przypadku, gdy świadczenie udzielone jest w całości lub w części, na koszt ubezpieczonego, na podstawie art. 60 ust. 2 lub art. 167 ust. 2 ustawy, świadczeniodawca jest obowiązany do poinformowania go o wysokości opłaty lub dopłaty za świadczenie i do uzyskania pisemnej zgody ubezpieczonego na poniesienie tych kosztów.
4. W przypadku, gdy świadczenie udzielone jest na koszt osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji świadczeniodawca jest obowiązany stosować określone w umowie zasady rozliczania i ceny świadczeń.

§ 31.

1. Oddział wojewódzki Funduszu albo Prezes Funduszu w razie stwierdzenia, w szczególności po przeprowadzeniu kontroli realizacji umowy, niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, ma prawo nałożenia na świadczeniodawcę kary umownej w wysokości do 1% kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, a w przypadku nierozpoczęcia wykonywania umowy w wysokości do 1% kwoty zobowiązania z danego zakresu świadczeń.
2. Oddział wojewódzki Funduszu albo Prezes Funduszu określają każdorazowo wysokość kary umownej oraz termin zapłaty w wezwaniu do zapłaty. Termin zapłaty nie może być krótszy niż 14 dni od dnia wezwania.
3. W razie bezskutecznego upływu oznaczonego terminu Fundusz zastrzega sobie prawo do potrącania kar umownych wraz z ustawowymi odsetkami z bieżących należności przysługujących świadczeniodawcy odpowiednio od oddziału wojewódzkiego Funduszu lub Prezesa Funduszu.

§ 32.

W sprawach nieuregulowanych w umowie zastosowanie mają przepisy ustawy oraz Kodeksu cywilnego.

§ 33.

Przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umowy przez świadczeniodawcę na osobę trzecią wymaga zgody odpowiednio dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezesa Funduszu.

§ 34.

Wierzytelności wynikające z umowy nie mogą być przedmiotem cesji, bez zgody odpowiednio dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezesa Funduszu.

§ 35.

1. Sprawy sporne strony umowy starają się rozwiązywać polubownie.
2. W przypadku braku możliwości polubownego załatwienia sporu pomiędzy stronami umowy, decyzje w kwestiach spornych podejmuje w terminie 7 dni od dnia wszczęcia sporu, odpowiednio dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu.
3. Świadczeniodawca może odwołać się od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu lub Prezesa Funduszu odpowiednio do Prezesa Funduszu lub ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji o sposobie rozstrzygnięcia kwestii spornej.
4. Odpowiednio Prezes Funduszu lub minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje sprawę w terminie 30 dni od dnia otrzymania odwołania i niezwłocznie udziela świadczeniodawcy odpowiedzi na piśmie.
5. Przepisy ust. 2-4 nie wykluczają rozstrzygnięcia sporu na drodze sądowej.

§ 36.

1. Świadczeniodawcy przysługuje zażalenie na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu lub Prezesa Funduszu.
2. Do czynności związanych z postępowaniem dotyczącym zażaleń na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu lub Prezesa Funduszu stosuje się przepisy art. 165 i 166 ustawy.

§ 37.

1. W przypadku, gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwota zobowiązania przeznaczona na wykonanie świadczeń na rok następny będzie ustalana corocznie w terminie do 30 listopada danego roku.
2. W przypadku ustalenia w terminie, o którym mowa w ust. 1, kwoty zobowiązania, na okres następnego roku strony zawierają aneks do umowy.
3. W przypadku nieustalenia w trybie określonym w ust. 1 i 2 kwoty zobowiązania na okres następnego roku, umowę rozwiązuje się z ostatnim dniem lutego następnego roku.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, Fundusz sfinansuje świadczenia udzielone w okresie od dnia 1 stycznia do końca lutego następnego roku, zgodnie z ilościami i cenami określonymi dla dwóch ostatnich miesięcy okresu obowiązywania umowy w poprzednim roku.

§ 38.

1. W każdym przypadku, gdy świadczeniodawca zamierza dokonać zmian podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności mającej wpływ na sposób realizacji umowy, jest obowiązany do pisemnego poinformowania odpowiednio oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezesa Funduszu, w terminie nie później niż 30 dni przed ich dokonaniem. Po dokonaniu zmian świadczeniodawca jest obowiązany – w terminie 7 dni - przedłożyć odpowiednio oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu albo Prezesowi Funduszu dokumenty potwierdzające ich dokonanie, pod rygorem rozwiązania umowy bez zachowania terminu wypowiedzenia.
2. W przypadku rozwiązania, likwidacji lub wszczęcia postępowania upadłościowego wobec świadczeniodawcy, świadczeniodawca zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić o tym odpowiednio oddział wojewódzki Funduszu lub Prezesa Funduszu.

§ 39.

Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 40.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu albo Prezes Funduszu może rozwiązać umowę w części lub całości bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku:

- 1) utraty przez świadczeniodawcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń;
- 2) naruszenia przepisu art. 137 ust. 4 ustawy;
- 3) naruszenia przepisów § 6 ust. 3, § 11 lub § 38;
- 4) udzielania świadczeń przez osoby nieuprawnione nieposiadające wymaganych kwalifikacji;
- 5) udzielania świadczeń w pomieszczeniach nieodpowiadającym wymogom sanitarno-epidemiologicznym;
- 6) udzielania świadczeń bez wymaganego sprzętu i aparatury medycznej lub z użyciem sprzętu i aparatury medycznej nieodpowiadającym obowiązującym przepisom oraz nieposiadających aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione serwisy;

- 7) przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązać się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec ubezpieczonych, z zastrzeżeniem § 10 ust. 4;
 - 8) niedotrzymania warunków określonych w § 4 dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
 - 9) przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, będących dla Funduszu podstawą ustalenia kwoty finansowania świadczeń;
 - 10) przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji w toku postępowania o zawarcie umowy;
 - 11) udaremnienia lub utrudniania kontroli świadczeniodawcy przeprowadzanej przez Fundusz.
2. W przypadkach określonych w ust. 1 pkt 2-8, rozwiązanie umowy w części lub w całości, bez zachowania okresu wypowiedzenia, wymaga uprzedniego wezwania świadczeniodawcy do usunięcia uchybień w wyznaczonym terminie, nie dłuższym niż 14 dni.

§ 41.

Świadczeniodawca może rozwiązać umowę bez zachowania terminów wypowiedzenia w przypadku niedokonania odpowiednio przez oddział wojewódzki Funduszu lub Prezesa Funduszu zapłaty za co najmniej dwa kolejne miesiące udzielania świadczeń.

§ 42.

Umowa wygasa w przypadku:

- 1) ustania bytu prawnego świadczeniodawcy;
- 2) zaistnienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonywanie umowy.

§ 43.

Każda zmiana umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 44.

Sprawy sporne, które mogą wynikać w trakcie realizacji umowy będą rozpoznawane przez sąd właściwy odpowiednio dla siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu albo centrali Funduszu.

§ 45.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest wykonaniem delegacji zawartej w art. 141 ust. 3 ustawy, zobowiązującej ten organ do wydania rozporządzenia regulującego ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami zgodnie z wytycznymi zawartymi w tym przepisie.

Przedmiotowy projekt realizuje tę delegację poprzez wprowadzenie ogólnych warunków umów stanowiące załącznik do rozporządzenia.

Ogólne warunki umów wskazują zakres podmiotowy i przedmiotowy umów oraz regulują:

- 1) odpowiedzialność świadczeniodawcy,
- 2) warunki i zasady udzielania świadczeń,
- 3) wymagania stawiane podwykonawcom świadczeń,
- 4) zasady współdziałania świadczeniodawców,
- 5) zasady rozliczeń między Funduszem a świadczeniodawcami,
- 6) zasady gromadzenia danych i prowadzenia dokumentacji,
- 7) prawa pacjenta i kontrolę jakości świadczeń,
- 8) kary umowne,
- 9) zasady rozpatrywania kwestii spornych i zażaleń.

Ogólne warunki umów uwzględniają zasady potwierdzania uprawnień do świadczeń wynikające z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, ich finansowania i rozliczania.

Umowy mogą być zawierane przez Oddziały Funduszu na realizację wskazanych rodzajów świadczeń oraz przez Prezesa Funduszu na realizację świadczeń wyspospecjalistycznych.

W ogólnych warunkach umów określono także zasady rozliczeń wynagrodzenia za świadczenia w oparciu o cztery systemy finansowania, które mogą być stosowane łącznie lub rozdzielnie: na podstawie ceny jednostkowej, kapitałowej stawki rocznej, ryczałtu i budżetu wyznaczonego planem rzeczowym.

Wskazane są zasady rozstrzygania sporów, procedury związane z rozpatrywaniem odwołań od decyzji i zażaleń na postanowienia dyrektorów Oddziałów Funduszu i Prezesa Funduszu.

Projekt zostanie wydany po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ocena Skutków Regulacji (OSR)

1. Podmioty na które oddziałuje projekt rozporządzenia:

Projekt rozporządzenia swoim zakresem wywiera wpływ na następujące podmioty:

- 1) Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 2) ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 3) świadczeniodawców,
- 4) świadczeniobiorców;
- 5) osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych w ramach systemu koordynacji świadczeń w Unii Europejskiej.

2. Konsultacje społeczne.

Projekt zostanie przesłany do konsultacji marszałkom województw, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Izbie Aptekarskiej, Naczelnej Izbie Lekarskiej, Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Rektorom Uczelni Medycznych, Instytutom, Stowarzyszeniu Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Stomatologów, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, stowarzyszeniom pacjentów.

Ponadto projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego.

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na dochody i wydatki budżetu państwa oraz podmiotów sektora finansów publicznych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projekt nie będzie miał wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projekt będzie miał wpływ na sytuację i rozwój regionów poprzez zapewnienie stałego finansowania zakładów opieki zdrowotnej objętych Krajową Siecią Szpitali.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia.

Wejście w życie regulacji będzie mieć pozytywny wpływ na ochronę zdrowia ludności, poprzez zapewnienie jednolitych warunków zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Fundusz ze świadczeniodawcami i ich realizacji.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia2004 r.

**w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń
opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach,
składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań**

Na podstawie art. 143 ust. 5 ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Właściwy organ Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej "zamawiającym", zamieszcza ogłoszenie o konkursie ofert albo ogłoszenie o rokowaniach na tablicy ogłoszeń w siedzibie oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "oddziałem", na stronie internetowej oddziału oraz w miejscu przeznaczonym do ogłoszeń w siedzibie właściwych miejscowo okręgowych izb zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne.

2. Zamawiający może opublikować ogłoszenie również w inny sposób, w szczególności poprzez zamieszczenie w lokalnym dzienniku prasowym.

3. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o "postępowaniu", należy przez to rozumieć konkurs ofert lub rokowania.

§ 2. 1. W ogłoszeniu o konkursie ofert zamieszcza się, poza danymi określonymi w art. 143 ust. 3 ustawy z dnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”:

1) miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz szczegółowymi materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu ofert; termin ten nie może być krótszy niż 7 dni od dnia ogłoszenia;

2) miejsce i termin składania ofert, nie krótszy niż 14 dni od dnia ogłoszenia;

3) miejsce i termin otwarcia ofert;

4) miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert;

5) zastrzeżenie o prawie do odwołania konkursu ofert oraz do przedłużenia terminu składania ofert i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1131).

- 6) informację o możliwości składania skarg, protestów i odwołań.
2. W ogłoszeniu o rokowaniach określa się, poza danymi określonymi w art. 143 ust. 3 ustawy:
- 1) miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięcia rokowań;
 - 2) nazwę i adres zamieszkania albo adres siedziby podmiotów zaproszonych do rokowań;
 - 3) miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami dotyczącymi przedmiotu rokowań oraz szczegółowymi materiałami informacyjnymi o przedmiocie rokowań; termin ten nie może być krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania zaproszenia do rokowań;
 - 4) miejsce i termin składania ofert, który nie może być krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania zaproszenia do rokowań;
 - 5) miejsce i termin przeprowadzenia rokowań;
 - 6) zastrzeżenie o prawie do odwołania rokowań oraz do zmiany terminu przeprowadzenia rokowań i terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia rokowań;
 - 7) informację o możliwości składania skarg, protestów i odwołań.
3. Przedmiotem postępowania mogą być świadczenia opieki zdrowotnej łącznie z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub leczenia szpitalnego.

§ 3. Zamawiający przygotowuje wzór lub formularz oferty, a świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej składa ofertę zgodnie z tym wzorem lub formularzem.

§ 4. 1. Oferty składa się w zamkniętych kopertach lub paczkach w miejscu i czasie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert albo zaproszeniu do rokowań.

2. Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia są składane przez zamawiającego i świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu w formie pisemnej.

3. Za zachowanie formy pisemnej uważa się także zapis treści czynności w protokole przeprowadzenia postępowania.

§ 5. 1. W celu przeprowadzenia postępowania zamawiający powołuje komisję w składzie co najmniej 3 pracowników oddziału i wyznacza spośród nich przewodniczącego komisji i protokolanta komisji.

2. Członkiem komisji nie mogą być osoby, które:

- 1) są świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pozostają w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia albo są związani z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z takim podmiotem, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkami organów osób prawnych biorących udział w postępowaniu;

- 2) pozostają z świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w takim stosunku prawnym lub faktycznym, które mogą budzić uzasadnione wątpliwości co do ich

bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje ich małżonek lub osoba, z którą pozostają we wspólnym pożyciu.

3. Członkowie komisji po otwarciu ofert składają oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki określone w ust. 2.

4. Wyłączenia członka komisji i powołania nowego członka komisji w przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 2, dokonuje zamawiający z urzędu lub na wniosek członka komisji albo podmiotu ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 6. 1. W toku postępowania komisja może żądać od świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej złożenia wyjaśnień dotyczących przeprowadzanego postępowania.

2. Komisja ma prawo sprawdzenia świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, a także zażądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy.

§ 7. Komisja sporządza protokół z przebiegu postępowania, który powinien zawierać w szczególności:

- 1) oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia oraz zakończenia postępowania;
- 2) imiona i nazwiska członków komisji;
- 3) wykaz świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) wskazanie ofert, które zostały odrzucone, wraz z uzasadnieniem;
- 5) wnioski i oświadczenia członków komisji oraz świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej składane w trakcie postępowania;
- 6) wskazanie najkorzystniejszej oferty lub większej liczby ofert albo ustalenie, że wszystkie oferty zostały odrzucone;
- 7) informację o jego odczytaniu;
- 8) podpisy członków komisji.

§ 8. 1. Zamawiający odwołuje komisję po ogłoszeniu rozstrzygnięcia postępowania. Z dniem odwołania komisja ulega rozwiązaniu.

2. Dokumentację komisji przechowuje zamawiający.

§ 9. Przepisy § 1- 8 stosuje się odpowiednio do postępowań prowadzonych przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2005 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 143 ust. 5 ustawy z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zwanej dalej „ustawą”, która uchyla ustawę z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia uchyla rozporządzenie z dnia 25 marca 2003 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 55, poz. 493), wydane na podstawie art. 78 ust. 5 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

W przedmiotowym projekcie uregulowano sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Fundusz w przypadku przeprowadzania postępowania w trybie konkursu ofert jak i rokowań oraz sposób zapraszania do udziału w rokowaniach (§1 – 2), składania ofert (§3 – 4), powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadania (§5 – 7).

Projekt rozporządzenia określa, że ogłoszenie o konkursie ofert albo ogłoszenie o rokowaniach zamieszczane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia na tablicy ogłoszeń w siedzibie oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na stronie internetowej oddziału oraz w miejscu przeznaczonym do ogłoszeń w siedzibie właściwych miejscowo okręgowych izb zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne. Ponadto Fundusz może opublikować ogłoszenie również w inny sposób, w szczególności poprzez zamieszczenie w lokalnym dzienniku prasowym. W projekcie wskazano również zakres informacji umieszczanych w ogłoszeniu o konkursie ofert i w ogłoszeniu o rokowaniach oraz w zaproszeniu do rokowań, wynikające z przepisów ustawy.

Projekt określa również sposób składania ofert, wskazując, iż Fundusz przygotowuje wzór lub formularz oferty, a podmiot ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej składa ofertę zgodnie z tym wzorem lub formularzem. Oferty składa się w zamkniętych kopertach lub paczkach w miejscu i czasie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert albo zaproszeniu do rokowań.

Ponadto w projekcie wskazano sposób powoływania i odwoływania członków komisji przeprowadzającej postępowanie o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zasady wyłączenia członków komisji z jej prac, uprawnienia komisji w zakresie prowadzonego postępowania. Projekt określa również zakres informacji zawartych w protokole komisji sporządzanym po przeprowadzeniu postępowania oraz sposób postępowania z dokumentacją komisji po jej rozwiązaniu.

Rozporządzenie zostanie wydane po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Rozporządzenie oddziałuje na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

2. Konsultacje społeczne.

W procesie konsultacji społecznych uwzględnione zostaną: Naczelna Izba Aptekarska, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Konfederacja Pracodawców Polskich, Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych, Business Center Club, Związek Pracodawców Służby Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektora publicznego.

Wprowadzenie przedmiotowej regulacji będzie miało wpływ na wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia, jednak nie będzie ono powodowało zwiększenia tych wydatków w stosunku do dotychczas obowiązujących rozwiązań.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy:

Podmiotowy projekt nie będzie miał wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Przedmiotowy projekt nie będzie miał wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projektowane rozporządzenie jest zgodne z przepisami prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2004 r.

**w sprawie trybu udostępniania podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki
zdrowotnej ze środków publicznych do kontroli recept zrealizowanych przez świadczeniobiorców
i związanych z tym informacji**

Na podstawie art. 196 ust. 3 ustawy z dnia.....2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr , poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Kierownik apteki lub osoba upoważniona przez niego, w formie pisemnej, udostępnia recepty do kontroli w sposób uporządkowany, uszeregowane według daty realizacji i pogrupowane według podmiotu obowiązującego do refundacji.

2. Dla celów kontroli wykonywanej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, zwany dalej „podmiotem finansującym”, recepty udostępniane są przez aptekę przez okres 5 lat, licząc od końca roku, w którym zostały zrealizowane.

§ 2. 1. Apteka jest obowiązana, na wniosek podmiotu finansującego, wydać recepty i dokumenty zawierające informacje związane z ich otaksowaniem.

2. Wydanie recept i dokumentów, o których mowa w ust. 1, może nastąpić nie wcześniej niż 30 dni od dnia ich realizacji i na okres nie dłuższy niż 30 dni.

3. Wydanie recept i dokumentów, o których mowa w ust. 1, odbywa się na podstawie pisemnego potwierdzenia przejęcia, określającego ilość i rodzaj recept, podpisanego przez kontrolującego i kierownika apteki lub osobę przez niego upoważnioną.

§ 3. Kierownik apteki lub osoba przez niego upoważniona umożliwia sprawny i efektywny przebieg kontroli recept i dokumentów z nimi związanych, a w szczególności:

- 1) udostępnia do wglądu recepty oraz inne dokumenty związane z wystawianiem, realizacją i przechowywaniem recept;
- 2) udziela kontrolującemu ustnych lub pisemnych informacji i wyjaśnień w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1131).

UZASADNIENIE

Na podstawie art. 196 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr poz.) minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany do określenia rozporządzenia w sprawie trybu udostępniania podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych do kontroli recept zrealizowanych przez świadczeniobiorców i związanych z tym informacji.

Opracowanie nowego projektu rozporządzenia wynika z projektu nowej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jedyne zmiany jakie zostały wprowadzone do treści wiążą się z rozszerzeniem kręgu podmiotów, które uprawnione są do kontroli recept realizowanych przez świadczeniobiorców.

Projekt rozporządzenia ma na celu umożliwienie efektywnego wydatkowania środków na refundację leków przez podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Przewiduje się, że apteka:

- 1) udostępnia do wglądu recepty oraz inne dokumenty związane z wystawianiem, realizacją i przechowywaniem recept;
- 2) udziela kontrolującemu ustnych lub pisemnych informacji i wyjaśnień w sprawach dotyczących przedmiotu kontroli.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego.

Podmioty odpowiedzialne za funkcjonowanie aptek.

2. Konsultacje społeczne.

Projekt rozporządzenia zostanie poddany konsultacjom społecznym. Zostanie on przesłany w celu zaopiniowania do Krajowej Rady Aptekarskiej.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektor finansów publicznych.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje wzrostu wydatków z budżetu państwa i Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Rozporządzenie nie wywiera wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na wewnętrzną konkurencję.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Zakres projektu rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Rozporządzenie
Ministra Zdrowia ¹⁾
z dnia.....2004 r.

w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także w sprawie rodzajów wykorzystywanych nośników informacji oraz wzorów dokumentów

Na podstawie art. 197 ust. 1 ustawy z dnia..... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr..., poz....) zarządza się, co następuje:

§ 1. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) Fundusz - Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) ustawa - ustawę z dnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) ustawa o statystyce publicznej – ustawę z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.²⁾);
- 4) Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej;
- 5) Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych - Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ustawy o statystyce publicznej;
- 6) osoba uprawniona – osobę uprawnioną do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 32 ustawy;
- 7) Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego – Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego w postaci karty plastikowej lub elektronicznej potwierdzającą, zgodnie z przepisami o koordynacji, o których mowa w art. 5 pkt

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1131).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080 oraz z 2003 r. Nr 217, poz. 2125.

32 ustawy, prawo do świadczeń rzeczowych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE lub EFTA;

- 8) formularz serii E – formularz serii E w postaci papierowego dokumentu potwierdzający, zgodnie z przepisami o koordynacji, o których mowa w art. 5 pkt 32 ustawy, prawo do świadczeń rzeczowych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE lub EFTA;
- 9) świadczeniobiorca inny niż ubezpieczony – świadczeniobiorca inny niż ubezpieczony, nie mający możliwości ubezpieczenia się ze względu na sytuację, o której mowa w art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. Nr 64, poz. 593).

§ 2. 1. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem tworzą i prowadzą rejestr:

- 1) świadczeń zdrowotnych, zwany dalej "rejestrem świadczeń", zawierający dane dotyczące każdego udzielonego jednostkowego świadczenia zdrowotnego wynikającego z zakresu umowy z Funduszem, w tym także wykonanego powyżej wartości umowy;
- 2) ubezpieczonych i osób uprawnionych oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, zwany dalej „rejestrem oczekujących”;
- 3) świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni.

2. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej tworzą i prowadzą dodatkowo rejestr ubezpieczonych i osób uprawnionych, którzy złożyli deklaracje wyboru, o których mowa w art. 50 ust. 1 ustawy, zwany dalej „rejestrem deklaracji”. W przypadku świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w rejestrze deklaracji są rejestrowane dane dotyczące uczniów objętych opieką.

3. Rejestry, o których mowa w ust. 1 i 2, są prowadzone w formie elektronicznej, a dane są przechowywane nie krócej niż przez 5 lat.

§ 3.1. W rejestrze świadczeń gromadzone są następujące dane:

- 1) charakteryzujące ubezpieczonego lub osobę uprawnioną, którym udzielono świadczenia:
 - a) imię i nazwisko,

- b) data urodzenia,
- c) płeć,
- d) kod tytułu uprawnienia do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego oznaczony symbolem:
 - „U” dla ubezpieczonego,
 - „P” dla osoby uprawnionej,
- e) kod dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych, w przypadku osób uprawnionych:
 - dla poświadczenia, o którym mowa w art. 47 ustawy – oznaczony symbolem „P”,
 - dla dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń wystawionego przez zagraniczną instytucję właściwą – w przypadku ubiegania się o świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a rozporządzenia 1408/71 oznaczony symbolem „E” w przypadku przedstawienia Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego lub „F” w przypadku przedstawienia formularza serii E,
- f) numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych, w przypadku osób uprawnionych,
- g) kod terytorialny, zgodnie z Nomenklaturą Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy o statystyce publicznej, gminy na terenie, której:
 - ubezpieczony lub osoba uprawniona ma miejsce zamieszkania,
 - osoba uprawniona ma miejsce czasowego pobytu – jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania,
- h) kod rodzaju identyfikatora dotyczącego ubezpieczonego lub osoby uprawnionej, określony według załącznika nr 1 do rozporządzenia,
- i) identyfikator ubezpieczonego lub osoby uprawnionej:
 - numer karty ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku jej przedstawienia,
 - numer identyfikacyjny PESEL, zwany dalej „PESEL” - w przypadku gdy nie przedstawiono karty ubezpieczenia zdrowotnego,
 - seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość wraz ze wskazaniem rodzaju tego dokumentu
 - w przypadku gdy osobie, która nie przedstawiła karty ubezpieczenia zdrowotnego nie został nadany numer PESEL,

- w przypadku niemowlęcia, któremu nie został nadany numer PESEL – identyfikator dotyczący matki lub opiekuna prawnego tego niemowlęcia,
 - numer dokumentacji medycznej nadany przez świadczeniodawcę - w przypadku braku możliwości określenia identyfikatorów, o których mowa w tiret pierwsze, drugie, trzecie i czwarte,
- j) nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej,
- k) symbol państwa, w którym znajduje się instytucja właściwa osoby uprawnionej, określony zgodnie z załącznikiem nr 2 do rozporządzenia;
- 2) określające identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu według załącznika nr 3 do rozporządzenia:
- a) właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego lub osoby uprawnionej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) wybranego przez osobę zgłaszaną do ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - c) Mazowieckiego Oddziału Funduszu – w przypadku osób, o których mowa w art. 6 pkt 18 ustawy, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 3) charakteryzujące udzielone ubezpieczonemu świadczenie:
- a) kod jednostkowego świadczenia zdrowotnego, określony według załącznika nr 4 do rozporządzenia,
 - b) kod przyczyny głównej udzielenia jednostkowego świadczenia zdrowotnego według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych; kod tworzą pierwsze trzy znaki, a jeżeli świadczenie zdrowotne dotyczy opieki stacjonarnej - pierwsze cztery znaki,
 - c) kody nie więcej niż dwóch współistniejących przyczyn udzielenia jednostkowego świadczenia zdrowotnego istotnych dla udzielenia tego świadczenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jeżeli jednostkowe świadczenie zdrowotne dotyczy opieki stacjonarnej,
 - d) kody zrealizowanych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych,

- e) data rozpoczęcia wykonania jednostkowego świadczenia zdrowotnego albo data przyjęcia ubezpieczonego, jeżeli jednostkowe świadczenie zdrowotne dotyczy opieki stacjonarnej,
 - f) kod trybu przyjęcia ubezpieczonego określony według załącznika nr 5 do rozporządzenia, jeżeli jednostkowe świadczenie zdrowotne dotyczy opieki ambulatoryjnej i stacjonarnej,
 - g) data zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego albo data wypisu ubezpieczonego, jeżeli świadczenie dotyczy opieki stacjonarnej,
 - h) kod trybu wypisu ubezpieczonego określony według załącznika nr 5 do rozporządzenia, jeżeli jednostkowe świadczenie zdrowotne dotyczy opieki stacjonarnej,
 - i) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego jednostkowe świadczenie zdrowotne i jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 6 do rozporządzenia,
 - j) numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub pielęgniarki oraz położnej, udzielających jednostkowego świadczenia zdrowotnego - w przypadku świadczeń udzielanych poza opieką stacjonarną,
 - k) wysokość dopłaty poniesionej przez ubezpieczonego,
 - l) kod zleconego przez świadczeniodawcę podstawowej opieki zdrowotnej badania finansowanego ze środków jakie otrzymał na ubezpieczonego, określony według załącznika nr 7 do rozporządzenia;
- 4) dodatkowe dane niezbędne do rozliczenia, określone w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej między świadczeniodawcą a Funduszem, jeżeli umowa ta przewiduje ich rejestrowanie, w tym:
- a) identyfikator umowy ustalany przez Fundusz,
 - b) nazwa jednostkowego świadczenia zdrowotnego,
 - c) dane dotyczące rozliczenia jednostkowego świadczenia zdrowotnego:

- rodzaj jednostek rozliczeń finansowych, będących podstawą do rozliczania umowy, wybrany dla danego typu komórki organizacyjnej świadczeniodawcy,
 - wartości jednostek rozliczeń finansowych,
 - liczba jednostek rozliczeń finansowych,
 - cena;
- 5) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli jednostkowe świadczenie zdrowotne zostało udzielone na podstawie skierowania lub zlecenia, z wyłączeniem zlecenia na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:
- a) data skierowania lub zlecenia udzielenia świadczenia zdrowotnego,
 - b) identyfikator skierowania lub zlecenia, jeżeli występuje,
 - c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie, i jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 6 do rozporządzenia,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wystawiającego skierowanie lub zlecenie,
 - e) dopłata poniesiona przez wystawiającego skierowanie lub zlecenie,
 - f) dopłaty poniesione przez inne podmioty;
- 6) charakteryzujące świadczenia związane z zaopatrzeniem w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:
- a) dane dotyczące przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego- kod przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 256 pkt 2 ustawy,
 - b) dane charakteryzujące zlecenie na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze:
 - data wystawienia zlecenia,
 - identyfikator zlecenia,
 - identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego zlecenie, i jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 6 do rozporządzenia,
 - numer prawa wykonywania zawodu lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wystawiającego zlecenie,

- kod uprawnień dodatkowych ubezpieczonego, oznaczony symbolem IB – dla inwalidów wojennych oraz IW – dla inwalidów wojskowych,
- c) kod rodzaju schorzenia według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, numer karty zaopatrzenia comiesięcznego, w przypadku środków pomocniczych,
- d) numer ewidencyjny zlecenia, w przypadku wpisania ubezpieczonego na listę oczekujących na potwierdzenie i realizację zlecenia,
- e) dane dotyczące realizacji zlecenia na przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze:
 - identyfikator świadczeniodawcy udzielającego jednostkowe świadczenie zdrowotne i jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyodrębniona w jego strukturze, określony według załącznika nr 6 do rozporządzenia,
 - data przyjęcia zlecenia do realizacji,
 - kod odpłatności przyjmujący wartość „0” dla przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego wydawanego bezpłatnie; „3” dla przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego wydawanego za odpłatnością w wysokości 30%; „5” dla przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego wydawanego za odpłatnością w wysokości 50%,
 - liczba wydanych przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych,
 - rzeczywista cena przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,
 - kwota refundacji,
 - dopłata poniesiona przez ubezpieczonego,
 - data odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,
- f) dane dotyczące dokonania naprawy przedmiotu ortopedycznego:
 - numer potwierdzenia zlecenia na naprawę przedmiotu ortopedycznego,
 - kod naprawy przedmiotu ortopedycznego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 256 pkt 2 ustawy,
 - rzeczywista cena naprawy,
 - data naprawy.

2. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej gromadzą w rejestrze świadczeń dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, pkt 2, pkt 3 lit a,b,e,g,i,j,l oraz pkt 4.

3. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem w zakresie ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej gromadzą w rejestrze świadczeń

dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, pkt 2, pkt 3 lit. a, b, d, e-g, i-k, pkt 4 oraz pkt 5.

4. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej gromadzą w rejestrze świadczeń dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, pkt 2, pkt 3 lit. a-i oraz k, pkt 4 oraz pkt 5.

5. Świadczeniodawcy wystawiający zlecenie na przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy gromadzą w rejestrze dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, pkt 2, pkt 4 oraz pkt 6 lit. a-c. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze gromadzą w rejestrze świadczeń dane, o których mowa w §3 ust. 1 pkt 1, pkt 2, pkt 3 lit a i b, pkt 4 oraz pkt 6.

§ 4. W rejestrze oczekujących na świadczenia zdrowotne opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej gromadzone są następujące dane:

1) dotyczące ubezpieczonego:

- a) o których mowa w §3 ust. 1 pkt 1 a- c, i oraz j,
- b) adres wraz z kodem pocztowym,
- c) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej;

2) określające identyfikator oddziału Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego według załącznika nr 3 do rozporządzenia;

3) dotyczące skierowania, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5 lit. a-d – w przypadku, gdy skierowanie zostało wystawione;

4) data zgłoszenia ubezpieczonego do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia zdrowotnego;

5) dotyczące świadczeniodawcy mającego udzielić świadczenia, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 lit.i oraz j;

6) dotyczące świadczenia zdrowotnego na jakie oczekuje ubezpieczony - o których mowa w §3 ust. 1 pkt 3 lit.a, b oraz d - a jeżeli jednostkowe świadczenie zdrowotne dotyczy opieki stacjonarnej także lit.c;

7) dotyczące wpisania na listę oczekujących:

- a) data wpisania,
- b) kolejność udzielenia świadczenia,
- c) wyznaczony przez świadczeniodawcę termin udzielenia świadczenia,
- d) data rzeczywistego udzielenia świadczenia,

- e) data usunięcia z listy,
- f) kod przyczyny usunięcia z listy, przyjmujący wartość:
 - „1” – wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę,
 - „2” – rezygnacja ubezpieczonego,
 - „3” – inna przyczyna.

§ 5. 1. W rejestrze deklaracji są gromadzone:

- 1) dane dotyczące ubezpieczonych, którzy złożyli deklaracje wyboru, o których mowa w art. 50 ust. 1 ustawy:
 - a) o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1,
 - b) kod typu deklaracji, oznaczony symbolem:
 - „L” dla deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
 - „P” dla deklaracji wyboru pielęgniarki,
 - „O” dla deklaracji wyboru położnej,
 - c) data objęcia opieką i data rezygnacji przez ubezpieczonego z opieki,
 - d) czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitacyjnej za ubezpieczonego;
- 2) numer prawa wykonywania zawodu świadczeniodawcy prowadzącego rejestr;
- 3) dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 4 lit. a i b tiret pierwsze.

2. W rejestrze deklaracji gromadzone są następujące dane uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną:

- 1) o których mowa w §3 ust. 1 pkt 1 lit. a oraz i;
- 2) dotyczące szkoły:
 - a) kod typu szkoły, przyjmujący wartość:
 - „1” dla szkoły specjalnej, szkoły życia, specjalnego ośrodka szkolno-wychowawczego, dla szkoły integracyjnej lub z oddziałami integracyjnymi,
 - „2” dla szkoły sportowej i szkoły mistrzostwa sportowego,
 - „3” dla szkoły zawodowej z warsztatami szkolnymi,
 - „4” dla pozostałych szkół,
 - b) numer szkoły,
 - c) adres.

§ 6. W rejestrze świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni są gromadzone dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1 lit. a-c, g-i, pkt 3 lit. a-j oraz w pkt 6 lit. a, b, f oraz g.

§ 7. Świadczeniodawcy przekazują:

- 1) Funduszowi – dane o których mowa w § 3-§ 5, z wyjątkiem danych, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1 lit. a. Wyłączenie danych, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1 lit. a, nie dotyczy danych przekazywanych z rejestru deklaracji oraz wszystkich danych dotyczących osób uprawnionych;
- 2) gminie właściwej ze względu na siedzibę świadczeniodawcy dane, o których mowa w § 6.

§ 8. 1. Dane, o których mowa w § 7, są przekazywane w formie komunikatów elektronicznych, określonych według załącznika nr 8 do rozporządzenia, poprzez dostarczenie nośnika umożliwiającego odczyt informacji w sposób cyfrowy, z zapisanym na nim komunikatem, albo poprzez teletransmisję komunikatu.

2. Przekazanie komunikatu obejmuje:

- 1) fazę pierwszą - rejestrację przez świadczeniodawcę faktu wysłania odbiorcy komunikatu elektronicznego;
- 2) fazę drugą - dostarczenie odbiorcy nośnika z komunikatem albo przesłanie komunikatu poprzez jego teletransmisję;
- 3) fazę trzecią - rejestrację przez odbiorcę faktu otrzymania komunikatu i kontrolę jego poprawności;
- 4) fazę czwartą - potwierdzenie przez odbiorcę faktu otrzymania komunikatu, zawierające datę otrzymania komunikatu i jego identyfikator, lub przyczynę odrzucenia komunikatu.

§ 9. 1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 7, dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest miesiąc kalendarzowy, nie później niż w terminie czternastu dni od jego zakończenia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, świadczeniodawca, po uzyskaniu zgody Funduszu, może przekazywać dane, o których mowa w ust. 1, w trakcie okresu sprawozdawczego.

3. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy:

- 1) Fundusz może przedłużyć termin przekazania danych, o których mowa w § 7 pkt 1, jednak nie dłużej niż o siedem dni;
- 2) gmina może przedłużyć termin przekazania danych, o których mowa w § 7 pkt 2, jednak nie dłużej niż o czternaście dni.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 197 ust. 1 ustawy z dniao świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Minister Zdrowia został zobowiązany do wydania rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania Narodowemu Funduszowi Zdrowia, a także w sprawie rodzajów wykorzystywanych nośników informacji oraz wzorów dokumentów.

Zgodnie z ustawą projekt określa:

- 1) zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców,
- 2) szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji,
- 3) sposób przekazywania informacji Funduszowi, (w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów).

Określony w projekcie zakres danych, jaki mają gromadzić świadczeniodawcy i przekazywać Narodowemu Funduszowi Zdrowia, umożliwi Funduszowi realizację jego ustawowych zadań, w tym:

- kontrolę rodzaju, zakresu i przyczyn świadczeń udzielanych ubezpieczonym,
- kontrolę przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- monitorowanie stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne;
- prawidłowego rozliczenia świadczeniodawców.

Projektowana regulacja została dostosowana do rozwiązań, które weszły w życie z dniem wejścia Rzeczypospolitej Polskiej do Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

I. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego

Projektowana regulacja oddziałuje na wszystkich świadczeniodawców działających w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia (zobowiązując ich do gromadzenia i przekazywania określonych danych) oraz na Narodowy Fundusz Zdrowia, wojewodów i marszałków województw (odbiorców informacji).

II. Konsultacje społeczne.

Projektowana regulacja będzie konsultowana z podmiotami społecznymi, w tym Naczelną Radą Lekarską i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych

III. Analiza skutków regulacji

1. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektor finansów publicznych.

Wejście w życie projektowanej regulacji nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa.

Narodowy Fundusz Zdrowia poniesie koszty związane z ewentualnym dostosowaniem istniejącego systemu informatycznego do wprowadzonych w rozporządzeniu modyfikacji istniejących rozwiązań w zakresie gromadzenia danych przez świadczeniodawców.

2. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

3. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na wewnętrzną i zewnętrzną konkurencyjność gospodarki.

4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki.

IV. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Zakres projektowanej regulacji w części odnoszącej się do formatu komunikatu przesyłania danych (załącznik 6) objęty jest postanowieniami Decyzji Rady z dnia 22 grudnia 1986 roku w sprawie normalizacji w dziedzinie technologii informatycznych i telekomunikacji (87/95/EEC). Obecny format nie jest jeszcze jednak dostosowany do jej wymogów ze względu na fakt aktualizowania tymczasowej normy europejskiej odnoszącej się do projektowanej regulacji. Opóźnienie dostosowania normy jest dopuszczalne zgodnie z art. 5 Decyzji Rady. Pozwoli to na zapewnienie niezakłóconej pracy istniejących systemów informacyjnych w okresie bezpośrednio po wstąpieniu Polski do Wspólnoty Europejskiej i ograniczy koszty związane z integracją systemów informatycznych. Po zakończeniu procesu aktualizacji cytowanej normy zostanie ona uwzględniona w projektowanej regulacji.

Załącznik nr 1

KOD RODZAJU IDENTYFIKATORA UBEZPIECZONEGO

- 1) „K” - numer karty ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) „P” - numer PESEL;
- 3) „D” - dowód osobisty;
- 4) „T” - paszport;

Załącznik nr 2

WYKAZ SYMBOLI PAŃSTW

| NAZWA PAŃSTWA INSTYTUCJI WŁAŚCIWEJ | SYMBOL |
|---|---------------|
| AUSTRIA | AT |
| BELGIA | BE |
| CYPR | CY |
| CZECHY | CZ |
| DANIA | DK |
| ESTONIA | EE |
| FINLANDIA | FI |
| FRANCJA | FR |
| GRECJA | GR |
| HISZPANIA | ES |
| HOLANDIA | NL |
| ISLANDIA | IS |
| IRLANDIA | IE |
| LIECHTENSTEIN | LI |
| LITWA | LT |
| LUXEMBURG | LU |
| ŁOTWA | LV |
| MALTA | MT |
| NIEMCY | DE |
| NORWEGIA | NO |
| PORTUGALIA | PT |
| SŁOWACJA | SK |
| SŁOWENIA | SI |
| SZWECJA | SE |
| WĘGRY | HU |
| WIELKA BRYTANIA | GB |
| WŁOCHY | IT |

**IDENTYFIKATOR ODDZIAŁU
WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA:**

| Identyfikator | Nazwa wojewódzkiego oddziału |
|---------------|--|
| 01 | Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu |
| 02 | Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy |
| 03 | Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie |
| 04 | Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze |
| 05 | Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi |
| 06 | Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie |
| 07 | Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie |
| 08 | Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu |
| 09 | Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie |
| 10 | Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku |
| 11 | Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku |
| 12 | Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach |
| 13 | Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach |
| 14 | Warmińsko- Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie |
| 15 | Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu |
| 16 | Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie |

KOD JEDNOSTKOWEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

| Kody | Świadczenie jednostkowe | Objaśnienia dotyczące zakresu świadczeń, z którym związane jest świadczenie jednostkowe |
|---|--|--|
| Grupa - świadczenia lecznicze | | Świadczenia lecznicze obejmują wszelkie usługi medyczne i paramedyczne udzielone w związku z powstaniem problemu zdrowotnego i mające na celu zmniejszenie objawów, zapobieżenie zaostrzeniu, powikłaniom oraz redukcję skutków choroby lub urazu |
| Podgrupa – świadczenia opieki stacjonarnej | | Świadczenia lecznicze wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób wymagających całodziennych świadczeń zdrowotnych |
| 1.1.1 | hospitalizacja w jednym oddziale | Pobyt obejmujący co najmniej jedną dobę. Z wyłączeniem pobytu w szpitalnym oddziale ratunkowym. |
| 1.1.2 | hospitalizacja w szpitalnym oddziale ratunkowym | Świadczenia lecznicze - wykonywane przez wydzieloną komórkę spełniającą określone kryteria, przystosowaną do podejmowania medycznych działań ratowniczych w warunkach szpitalnych |
| 1.1.3. | świadczenie szpitalnej izby przyjęć | Świadczenia lecznicze – wykonywaną przez wydzieloną komórkę, nie spełniającą kryteriów szpitalnego oddziału ratunkowego, przystosowaną do podejmowania medycznych działań ratowniczych w warunkach szpitalnych (nie obejmuje porad specjalistycznych) |
| 1.2. | hospitalizacja w oddziale w celu uzyskania jednodniowego (dziennego) świadczenia leczniczego | Przyjęcie z intencją wypisania pacjenta w tym samym dniu, a w szczególności chirurgia jednego dnia, dializoterapia, chemioterapia nowotworów wykonywane w czasie jednego dnia. W przypadku, gdy pacjent pozostaje w szpitalu dłużej niż jeden dzień, jego pobyt zaklasyfikowany jest jako hospitalizacja w jednym oddziale (1.1.1) |
| Podgrupa – świadczenia ambulatoryjne | | Świadczenia lecznicze wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego w jednostkach opieki ambulatoryjnej działających samodzielnie lub w strukturach zakładu opieki stacjonarnej. |
| 1.3.1. | Porada w poradni (gabinecie lekarskim) podstawowej opieki zdrowotnej | Ambulatoryjne świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej – obejmuje czynności związane z rozpoznaniem i podejmowaniem leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Nie obejmuje świadczeń z zakresu medycyny szkolnej (6.2) |
| 1.3.1.1 | Porada w ambulatorium w święta i w porze nocnej | Ambulatoryjne świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej - wykonywane w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy oraz w porze nocnej. |
| 1.3.2 | Porada w poradni (gabinecie) lekarza dentysty (stomatologa) | Ambulatoryjne świadczenia stomatologiczne (podstawowe i specjalistyczne) – obejmuje usługi wykonane w trybie ambulatoryjnym przez lekarzy dentystów (stomatologów). W kategorii tej znajdują się również wydatki na protezy zębowe. |
| 1.3.3 | Porada w specjalistycznej poradni (gabinecie lekarskim) | Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne - obejmuje czynności związane z rozpoznaniem i podejmowaniem leczenia przez lekarza specjalistę. Nie obejmuje świadczeń wymienionych w kategorii 6.1. |
| 1.3.3.1 | Cykl porad w specjalistycznej poradni (gabinecie) udzielającej świadczeń leczniczych | Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne - wykonywane w ramach realizacji programu (np. terapeutyczno – rehabilitacyjnego dzieci autystycznych). |
| 1.3.3.2 | Cykl zabiegów w specjalistycznej poradni (gabinecie) udzielającej świadczeń leczniczych | Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne - mające na celu realizację procedur leczniczych (np. terapia izotopowa). Nie obejmuje zabiegów rehabilitacyjnych (kod 2.3) |
| 1.3.3.3 | Sesja terapii indywidualnej | Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne - wykonywane na rzecz pacjenta będące elementem planu leczenia i prowadzone według określonej metody |
| 1.3.3.4 | Sesja terapii grupowej | Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne - wykonywane na rzecz grupy pacjentów, będące elementem planu leczenia i prowadzone według określonej metody |
| 1.3.9. | Porada w innej poradni (gabinecie) udzielającej świadczeń leczniczych | Inne ambulatoryjne świadczenia lecznicze - wykonywane na rzecz pacjenta przez lekarzy i innych reprezentantów zawodów medycznych i paramedycznych, w tym fizjoterapeutów, ortodontów, psychologów i innych. |

| Kody | Świadczenie jednostkowe | Objaśnienia dotyczące zakresu świadczeń, z którym związane jest świadczenie jednostkowe |
|---|---|---|
| Podgrupa – świadczenia w domu pacjenta | | Świadczenia lecznicze wykonywane w domu pacjenta |
| 1.4.1. | Wizyta domowa w celu udzielenia świadczeń leczniczych | Obejmuje w szczególności wizyty domowe lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, a także takie usługi jak wizyty patronażowe. Nie obejmuje wizyt lekarzy lub pielęgniarek w ramach grupy świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (kody 3.1-3.9), a także wizyt opiekunów środowiskowych świadczących pomoc w domu, robienie zakupów i inne tego typu czynności, które klasyfikowane są do kategorii usług socjalnych, a nie usług medycznych. |
| 1.4.2. | Wizyta domowa w celu udzielenia świadczeń leczniczych w święta i w porze nocnej | Udzielane przez lekarza w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia w soboty, niedziele oraz dni ustawowo wolne od pracy oraz w porze nocnej. |
| 1.4.3. | Cykl zabiegów w warunkach domowych | Mające na celu realizację procedur leczniczych (np. tlenoterapia, żywienie pozajelitowe, dializy otrzewnowe w warunkach domowych) |
| Podgrupa – wyjazdowe świadczenia medyczne | | Świadczenia lecznicze wykonywane na rzecz pacjenta w warunkach przedszpitalnych przez zespół ratownictwa medycznego |
| 1.5.1. | wyjazdy zespołu reanimacyjnego | Wykonywane przez zespół mający w swoim składzie lekarza i pielęgniarkę oraz osobę wykonującą czynności ratownika medycznego, dysponujący odpowiednim środkiem transportu i systemem łączności. |
| 1.5.2 | wyjazdy zespołu wypadkowego | Wykonywane przez zespół mający w swoim składzie lekarza lub pielęgniarkę oraz osobę wykonującą czynności ratownika medycznego, dysponujący odpowiednim środkiem transportu i systemem łączności. |
| 1.5.3 | wyjazdy zespołu noworodkowego | Wykonywane w przypadkach nagłych zdarzeń i koniecznego transportu chorego noworodka przez zespół ratownictwa medycznego, mający w swoim składzie lekarza i pielęgniarkę oraz osobę wykonującą czynności ratownika medycznego, dysponujący odpowiednim środkiem transportu i systemem łączności. |
| Grupa - świadczenia rehabilitacyjne | | Świadczenia rehabilitacyjne obejmują usługi rehabilitacyjne, w których nacisk położony jest głównie na poprawę sprawności pacjenta, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby lub urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby. |
| 2.1. | Hospitalizacja rehabilitacyjna w oddziale | Świadczenia rehabilitacyjne - usługi wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu opieki zdrowotnej, przeznaczonego dla osób wymagających całodobowych świadczeń zdrowotnych, na pobyt obejmujący co najmniej jedną dobę, wśród których dominują usługi rehabilitacyjne. |
| 2.2. | Dzienny pobyt rehabilitacyjny w oddziale (ośrodku) rehabilitacji dziennej | Dzienne świadczenia rehabilitacyjne - całodziennie usługi wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób wymagających całodziennych świadczeń zdrowotnych w ośrodku lub oddziale dziennym, obejmujące porady lekarskie, ćwiczenia, zabiegi. |
| 2.3. | Cykl zabiegów rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych | Ambulatoryjne świadczenia rehabilitacyjne - usługi rehabilitacyjne (cykl zabiegów rehabilitacyjnych) wykonywane na rzecz pacjenta, w pomieszczeniach jednostek opieki ambulatoryjnej działających samodzielnie lub w strukturach zakładu opieki stacjonarnej. Może obejmować realizację programów rehabilitacyjnych (np. dzieci niedosłyszących lub z opóźnionym rozwojem psychoruchowym). |
| 2.4. | Cykl zabiegów rehabilitacyjnych w warunkach domowych | Domowe świadczenia rehabilitacyjne - usługi rehabilitacyjne (cykl zabiegów rehabilitacyjnych) wykonywane w domu pacjenta. |
| Grupa – świadczenia opieki długoterminowej pielęgnacyjnej, opiekuńczej i paliatywnej | | Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze obejmują usługi pielęgnacyjne wykonywane dla pacjenta w warunkach stacjonarnych lub domowych z powodu przewlekłej choroby, niesprawności pacjenta lub ograniczenia jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Do kategorii tej wlicza się opiekę nad osobami w podeszłym wieku, której istotną część stanowi opieka medyczna, a także usługi wykonywane przez hospicja i zakłady opieki paliatywnej. |
| 3.1. | Pobyt pielęgnacyjny w zakładzie | Świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i hospicyjne - wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu opieki zdrowotnej, przeznaczonego dla osób wymagających całodobowych świadczeń zdrowotnych, na pobyt obejmujący co najmniej jedną dobę. |
| 3.2. | Dzienny pobyt pielęgnacyjny w zakładzie | Dzienne świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze - obejmują usługi całodziennego opieki pielęgnacyjnej i hospicyjnej wykonywanej na rzecz pacjenta przyjętego do zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób wymagających całodziennych świadczeń zdrowotnych. Świadczenia takie oferowane są pacjentom o ograniczonej samodzielności, którzy w nocy przebywają we własnych domach. |

| Kody | Świadczenie jednostkowe | Objaśnienia dotyczące zakresu świadczeń, z którym związane jest świadczenie jednostkowe |
|--|--|---|
| 3.3. | Domowa wizyta pielęgnacyjna | Domowe, długoterminowe świadczenia pielęgnacyjne - obejmują usługi wykonywane w domu pacjenta na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi. Świadczenia te mogą być związane z usługami socjalnymi, takimi jak pomoc w sprzątanii mieszkania, dostarczanie posiłków, przy czym te ostatnie są lub mogą być odnotowywane w ramach odrębnej sprawozdawczości, jako że nie są zaliczane do świadczeń zdrowotnych. |
| Grupa – uzupełniające świadczenia medyczne | | Uzupełniające świadczenia medyczne obejmują usługi wspomagające opiekę medyczną, zwykle wykonywane przez średni personel medyczny pod nadzorem lub na zlecenie lekarza. |
| 4.1 | Badanie laboratoryjne | Badanie laboratoryjne obejmuje zestaw badań diagnostycznych wykonanych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego na materiale pobranym od pacjenta, takim jak mocz, krew, kał, wymazy, biopsje, wycinki. |
| 4.2 | Diagnostyka obrazowa | Badanie obrazowe obejmuje zestaw badań diagnostycznych wykonanych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego przy pomocy technik obrazowych, takich jak RTG, USG, TK, MRJ, w trakcie jednorazowego pobytu pacjenta w pracowni diagnostycznej. |
| 4.3.1. | Transport pacjenta | Transport pacjenta - usługi przewozu pacjenta związane z koniecznością wykonania świadczeń zdrowotnych. |
| 4.9. | Inna usługa uzupełniająca | Inne usługi uzupełniające obejmują inne, niewymienione w poprzednich punktach usługi wspomagające opiekę medyczną. |
| Grupa - dostarczanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych | | Obejmuje dostarczanie leków i innych preparatów leczniczych, materiałów i urządzeń medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych pacjentom ambulatoryjnym, którzy nie są w danej chwili objęci opieką stacjonarną zapewniającą otrzymywanie takich produktów i wyrobów. Kategoria ta obejmuje również usługi, które związane są z dostarczaniem tych materiałów, takie jak dyspensowanie, sprzedaż detaliczna, dopasowywanie i wypożyczanie, wykonywane przez specjalnie uprawnionych i nieposiadających specjalnych uprawnień dostawców. |
| Podgrupa - leki i wyroby medyczne nie będące dobrami trwałego użytku | | Obejmują takie produkty jak leki, szczepionki, preparaty witaminowe, surowice, plastry, bandaże i mechaniczne środki antykoncepcyjne oraz środki pomocnicze jednorazowego użytku wydawane na podstawie recepty lub zlecenia |
| 5.1.1. | Leki | Dotyczy udostępniania refundowanych leków i preparatów leczniczych |
| 5.1.3 | Wyroby medyczne nie będące dobrami trwałego użytku | Obejmuje wyroby medyczne jednorazowego użytku takie jak bandaże, opaski elastyczne, prezerwatywy i inne mechaniczne środki antykoncepcyjne |
| Podgrupa – Wyroby medyczne będące dobrami trwałego użytku | | |
| 5.2.1. | Okulary i pozostałe produkty optyczne | Obejmuje okulary i inne środki służące poprawie wzroku; obejmuje oprócz szkieł optycznych również soczewki kontaktowe, płyny do ich konserwacji oraz usługi, jakie związane są z dopasowaniem i sprzedażą ww. materiałów. |
| 5.2.2. | Przedmioty ortopedyczne | Obejmuje protezy kończyn, pasy chirurgiczne i inne środki techniczne z zakresu protetyki. Nie obejmuje protez wszczepialnych, np. endoprotezy. |
| 5.2.3 | Aparaty słuchowe | Obejmuje wszystkie usuwalne aparaty słuchowe oraz systemy wspomagające słyszenie wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem oraz usługami. |
| 5.2.4 | Medyczne urządzenia techniczne, w tym wózki inwalidzkie | Obejmuje wózki inwalidzkie i inne urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych. |
| 5.2.9 | Inne medyczne wyroby trwałe | Obejmuje pozostałe trwałe wyroby medyczne |
| Grupa - świadczenia profilaktyczne | | Świadczenia profilaktyczne obejmują takie działania medyczne, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia populacji lub zapobieganie pogorszeniu tego stanu w związku z istniejącym problemem zdrowotnym. Nie obejmuje usług, których celem jest poprawa stanu zdrowia poszczególnych jednostek. |
| 6.1. | Wizyta w poradni (gabinecie) w celu uzyskania świadczeń z zakresu opieki nad matką i dzieckiem | Świadczenia z zakresu opieki nad matką i dzieckiem obejmują działania z zakresu przygotowania do porodu, zapobiegania wadom rozwojowym, szczepienia dzieci w wieku przedszkolnym, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne, w tym także poradnictwo genetyczne. |

| Kody | Świadczenie jednostkowe | Objaśnienia dotyczące zakresu świadczeń, z którym związane jest świadczenie jednostkowe |
|------|---|--|
| 6.2. | Wizyta w gabinecie medycyny szkolnej (gabinecie profilaktycznym) | Świadczenia z zakresu medycyny szkolnej obejmują działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki, które ukończyły specjalizację lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa, środowiska nauczania i wychowania i higienistki w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmują także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w jednostkach organizacyjnych medycyny szkolnej. |
| 6.3. | Wizyta w poradni (gabinecie) w celu uzyskania świadczeń z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym | Świadczenia z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym obejmują usługi i działania takie jak: Obowiązkowe szczepienia przeciw chorobom zakaźnym. |
| 6.4. | Wizyta w poradni (gabinecie) w celu uzyskania świadczeń z zakresu zapobiegania chorobom niezakaźnym | Świadczenia zapobiegania chorobom niezakaźnym obejmują działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne. Ponieważ część usług i działań tego typu wykonywana jest w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy porada z zakresu promocji zdrowia miała miejsce w ramach programu inicjowanego przez służby publiczne czy też wynikała z inicjatywy pacjenta. |
| 6.9. | Wizyta w poradni (gabinecie) w celu uzyskania innych świadczeń profilaktycznych | Inne świadczenia profilaktyczne - niewymienione wyżej działania profilaktyczne. |

KODY TRYBU PRZYJĘCIA –LECZENIE AMBULATORYJNE

- 1) „1” – przyjęcie bez skierowania;
- 2) „2” – przyjęcie ze skierowaniem;
- 3) „4” - przyjęcie w trybie nagłym;
- 4) „5” – kontynuacja leczenia;
- 5) „0” – inne przypadki.

KODY TRYBU PRZYJĘCIA – OPIEKA STACJONARNA

- 1) „1” - przyjęcie planowe;
- 2) „2” - przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem od zespołu ratownictwa medycznego;
- 3) „3” - przyjęcie w trybie nagłym ze skierowaniem innym niż od zespołu ratownictwa medycznego
- 4) „4” - przyjęcie w trybie nagłym z wypadku komunikacyjnego;
- 5) „5” - przyjęcie w trybie nagłym bez skierowania.

KODY TRYBU WYPISU

- 1) „1” - zakończenie procesu terapeutyczno-diagnostycznego;
- 2) „2” - skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
- 3) „3” - skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej;
- 4) „4” - skierowanie do dalszego leczenia w zakładzie opieki długoterminowej;
- 5) „5” - skierowanie do dalszego leczenia - inne przypadki;
- 6) „6” - wypisanie na własne żądanie lub przedstawiciela ustawowego;
- 7) „9” - zgon pacjenta.

IDENTYFIKATOR ŚWIADCZENIODAWCY i JEGO KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ

Identyfikator świadczeniodawcy i jego komórki organizacyjnej, jeżeli jest ona wyróżniona w jego strukturze, składa się z następujących elementów:

- 1) kod świadczeniodawcy nadany przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) świadczeniodawcy;
- 3) część VII resortowego kodu identyfikacyjnego lub trzy cyfry uzgodnione z Funduszem, jeżeli kod nie został nadany lub obowiązek nadania kodu nie dotyczy tego świadczeniodawcy;
- 4) część VIII resortowego kodu identyfikacyjnego.

Kod badania diagnostycznego:

- 1) „1” - badanie hematologiczne
- 2) „2” - badanie biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi
- 3) „3” - badanie moczu
- 4) „4” - badanie kału
- 5) „5” - badanie układu krzepnięcia
- 6) „6” - badanie mikrobiologiczne
- 7) „7” - badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku
- 8) „8” - badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej
- 9) „9” - zdjęcie radiologiczne

Deklaracje wyboru.

| Poziom | Znaczniki | | Krotność | Nazwa | Format [wartość domyślna] | Opis | Ograniczenia i inne zależności |
|--------|------------|-----------|----------|--------------------------|---------------------------------|---|--|
| | Element | Atrybuty | | | | | |
| 0 | komunikat | | 1 | Komunikat | | Element główny komunikatu | |
| | | typ | 1 | Typ komunikatu | Ciąg 3 znaków | Typ komunikatu – deklaracje | Przyjmuje wartość „POZ” |
| | | wersja | 1 | Numer wersji | Ciąg 3 znaków | Numer wersji komunikatu | Przyjmuje wartość „1.0” |
| | | kod-swd | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nip | 1 | NIP świadczeniodawcy | 13 znaków | NIP świadczeniodawcy zapisany z kreskami | |
| | | id-inst | 0-1 | Identyfikator instalacji | Do 40 znaków | Identyfikator instalacji systemu | |
| | | okres-mc | 1 | Nr miesiąca | 2 cyfry | Numer miesiąca w roku – począwszy od 01 | |
| | | okres-rok | 1 | Rok | 4 cyfry | Rok w formacie RRRR | |
| | | nr-gen | 1 | Numer generacji | Liczba (3,0) | Nr kolejny komunikatu w ramach okresu. Służy ochronie przed wysłaniem dwukrotnie tego samego komunikatu | Komunikat zawiera dane o nowych deklaracjach lub zmodyfikowanych |
| | | nr-umowy | 1 | Numer umowy | Do 24 znaków | Identyfikator umowy ustalony przez NFZ | |
| | | wsk-rodz | 1 | Wskaźnik rodzajowy | 1 litera | Wskaźnik rodzaju umowy | P- umowa z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej A – umowa z Funduszem w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej S – umowa z Funduszem w zakresie „„jonamej opieki zdrowotnej |
| 1 | deklaracja | | 1-n | Deklaracja | | Dane deklaracji | |
| | | id-dekl | 1 | Identyfikator deklaracji | Liczba (10,0) | Jednoznaczny identyfikator deklaracji | Unikalny ID w ramach wszystkich deklaracji |
| | | nr-mod | 1 | Numer modyfikacji | Liczba (4,0) | Kolejny numer modyfikacji danych deklaracji o danym id-dekl | |

| | | | | | | | |
|---|---------|-----------------|---|--|---------------|---|---|
| | | operacja | 1 | Operacja | 1 duża litera | M – dopisanie lub modyfikacja danych U – usunięcie danych | |
| | | typ | 1 | Typ deklaracji | 1 duża litera | L - lekarz podstawowej opieki zdrowotnej P - pielęgniarka O - położna S – medycyna szkolna | |
| | | zdarz-rodz | 1 | Rodzaj zdarzenia | 1 duża litera | Rodzaj zdarzenia O – objęcie R – rezygnacja | |
| | | zdarz-data | 1 | Data zdarzenia | Data | Data zdarzenia | |
| | | czynniki-stawki | 1 | Czynniki wpływające na wysokość stawki | Do x znaków | Czynniki mające wpływ na wysokość otrzymywanej stawki kapitałowej | x - ilość znaków ustalona zostanie po konsultacji z NFZ Bez medycyny szkolnej |
| 2 | pacjent | | 1 | Pacjent | | Dane pacjenta, którego dotyczy deklaracja | |
| | | imie | 1 | Pierwsze imię | Do 24 znaków | Pierwsze imię pacjenta | Ilość znaków dla imienia, nazwiska i adresu (jak dla PESEL) |
| | | nazwisko | 1 | Nazwisko | Do 28 znaków | Nazwisko pacjenta | |
| | | data-urodz | 1 | Data urodzenia | Data | Data urodzenia | Bez medycyny szkolnej |
| | | plec | 1 | Płeć | 1 cyfra | Płeć: 0 – płeć nieokreślona 1 – mężczyzna 2 – kobieta 9 – płeć nieznaną | zgodnie z normą ISO 5218 Bez medycyny szkolnej |
| | | kod-tytulu | 1 | Kod tytułu uprawnień | 1 duża litera | Kod tytułu uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego | Bez medycyny szkolnej U - dla ubezpieczonego P – dla osoby uprawnionej Bez medycyny szkolnej |

| | | | | | | | |
|--|--|---------------|---|---|---------------|--|---|
| | | kod-dokumentu | 1 | Kod dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych | 1 duża litera | Kod dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych, w przypadku osób uprawnionych: - dla poświadczenia, o których mowa w art. 19b ustawy – oznaczony symbolem „P” - dla dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń wystawionego przez zagraniczną instytucję właściwą – w przypadku ubiegania się o świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a a rozporządzenia 1408/71 oznaczony symbolem „E” w przypadku przedstawienia Europejskiej Karty Ubezpieczenia zdrowotnego lub „F” w przypadku przedstawienia formularza serii E | Bez medycyny szkolnej |
| | | nr-dokum | 1 | Numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń | do x znaków | Numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych, w przypadku osób uprawnionych | Bez medycyny szkolnej x - ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| | | kod-teryt | 1 | Kod terytorialny | 7 cyfr | Kod terytorialny | Bez medycyny szkolnej Kod terytorialny, zgodnie z Nomenklaturą Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy o statystyce publicznej, gminy na terenie której: - ubezpieczony lub osoba uprawniona ma miejsce zamieszkania, - osoba uprawniona ma miejsce czasowego pobytu – jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|---|------------------------------|------------------|--|--|
| | | id-rodz | 1 | Kod rodzaju identyfikatora | 1 duża litera | Kod rodzaju identyfikatora pacjenta/matki/opiekuna - kod zgodnie z załącznikiem Nr. 1 do rozporządzenia | |
| | | id-nr | 1 | Identyfikator ubezpieczonego | Do 20 znaków | Identyfikacja | Identyfikator ubezpieczonego lub osoby uprawnionej” -nr karty ubezpieczenia zdrowotnego gdy ją przedstawiono -nr PESEL gdy nie przedstawiono karty -seria i numer dowodu osobistego lub paszportu wraz ze wskazaniem rodzaju tożsamości – w przypadku gdy ubezpieczony nie przedstawił karty ubezpieczenia zdrowotnego i nie został mu nadany numer PESEL - w przypadku niemowlęcia, któremu nie został nadany numer PESEL – identyfikator dotyczący matki lub opiekuna prawnego tego niemowlęcia, - numer dokumentacji medycznej nadany przez świadczeniodawcę w przypadku braku możliwości określenia numerów, o których mowa w tiret pierwszym, drugim, trzecim i czwartym |
| | | naz-inst | 1 | Nazwa instytucji | do x znaków | Nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej | x ilość znaków zostanie określona po konsultacjach z NFZ |
| | | symb-pan | 1 | Symbol państwa | dwie duże litery | Symbol państwa , w którym znajduje się instytucja właściwa osoby uprawnionej, określony zgodnie z załącznikiem 2 | Bez medycyny szkolnej |
| | | id-od | 1 | Identyfikacja | 1 duża litera | P - identyfikacja pacjenta M – identyfikacja matki O - identyfikacja opiekuna | Dla osób do 3 miesiąca życia podaje się dane identyfikacyjne matki lub opiekuna dla osób powyżej 3 miesiąca dane identyfikacyjne tej osoby (pacjenta) Bez medycyny szkolnej |

| | | | | | | | |
|---|------------------|--------------|-----|--|-------------------|--|--|
| 2 | dane-rozlicz | | 0-1 | Dane do rozliczenia | | | Bez medycyny szkolnej |
| | | nr-umowy | 1 | identyfikator umowy | do 24 znaków | identyfikator umowy nadany przez NFZ | |
| | | rodz-jedn | 1 | rodzaj jednostek rozliczeń finansowych | do x znaków | Rodzaj jednostek rozliczeń finansowych, będących podstawą do rozliczania umowy, wybrany dla danego typu komórki organizacyjnej świadczeniodawcy | ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| 2 | swiadczeniodawca | | 1 | świadczeniodawca | | dane świadczeniodawcy | |
| | | id-nr | 1 | numer identyfikacyjny | ciąg do 20 znaków | numer identyfikacyjny odpowiedni dla rodzaju numeru identyfikacyjnego | dla id-rodz="L" – należy podać pełny numer prawa wykonywania zawodu według obowiązującego standardu – 7 cyfr |
| 2 | szkola | | 0-1 | Dane o szkole | | | Tylko dla medycyny szkolnej |
| | | typ-szkoly | 1 | Kod typu szkoły | 1 cyfra | 1- dla szkoły specjalnej, szkoły życia, specjalnego ośrodka szkolno – wychowawczego, dla szkoły integracyjnej lub z oddziałami integracyjnymi 2 - dla szkoły sportowej i szkoły mistrzostwa sportowego 3 – dla szkoły zawodowej z warsztatami szkolnymi 4 – dla pozostałych szkół | Tylko dla medycyny szkolnej |
| | | numer | 1 | Numer szkoły | do 7 znaków | Numery szkół znaki rzymskie lub arabskie | Tylko dla medycyny szkolnej |
| 3 | adres | | 1 | Adres szkoły | | | Tylko dla medycyny szkolnej |
| | | miescowosc | 1 | Miejscowość | do 24 znaków | | |
| | | ulica | 1 | Ulica | do 30 znaków | | |
| | | nr-domu | 1 | nr-domu | do 9 znaków | | |
| | | nr-lokalu | 1 | nr lokalu | do 5 znaków | | |
| | | kod-pocztowy | 1 | Kod pocztowy | 6 znaków | | |

Objaśnienia:

- 1) RRRR-MM-DD jest formatem daty, w którym pierwsze cztery cyfry oznaczają rok, dwie następne - numer miesiąca w roku, a dwie ostatnie - numer dnia w miesiącu;
- 2) Sposób zapisu danych w strukturze określonej przez powyższe elementy i atrybuty jest zgodny z zasadami języka XML wersja 1.0.

ŚWIADCZENIA

W komunikacie przekazywane są informacje o świadczeniach dla podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej lub udzielania świadczeń w trybie całodobowym – z wyłączeniem świadczeń dotyczących przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych

| Poziom | Znaczniki | | Krotność | Nazwa | Format [wartość domyślna] | Opis | Ograniczenia i inne zależności |
|--------|-----------|-----------|----------|--------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|
| | Element | Atrybuty | | | | | |
| 0 | komunikat | | 1 | Komunikat | | Element główny komunikatu | |
| | | typ | 1 | Typ komunikatu | Ciąg 3 znaków | Komunikat dla: podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej lub udzielania świadczeń w trybie całodobowym | Przyjmuje wartość „PAS” |
| | | wersja | 1 | Nr wersji | Ciąg 3 znaków | Numer wersji komunikatu | Przyjmuje wartość „1.0” |
| | | kod-swd | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nip | 1 | NIP świadczeniodawcy | 13 znaków | NIP świadczeniodawcy zapisany z kreskami | |
| | | id-inst | 0-1 | Identyfikator instalacji | Do 40 znaków | Identyfikator instalacji systemu. | |
| | | okres-mc | 1 | Nr okresu | 2 cyfry | Numer miesiąca w roku | |
| | | okres-rok | 1 | Rok | 4 cyfry | Rok w formacie RRRR | |

| | | | | | | | |
|--|--|---------|---|---------------|-------------|---|--|
| | | nr-gen | 1 | Nr generacji | Liczba(3,0) | Nr kolejny komunikatu w ramach okresu. Służy ochronie przed wysłaniem dwukrotnie tego samego komunikatu | <p>UWAGA: Ostateczna treść poniższego wyjaśnienia zostanie ustalona po konsultacji z NFZ</p> <p>W komunikacie ujmowane są świadczenia, wykonane w okresie sprawozdawczym oraz świadczenia z okresów wcześniejszych skorygowane w podanym okresie sprawozdawczym.</p> <p>W komunikacie należy umieszczać wyłącznie świadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nowo zarejestrowane <ul style="list-style-type: none"> ▪ nieprzesłane lub ▪ przesłane ale nie potwierdzone komunikatem zwrotnym b) zmodyfikowane: <ul style="list-style-type: none"> ▪ o numerach modyfikacji powiększonych od czasu generacji poprzedniego komunikatu <p>Uwaga: definicja modyfikacji zawarta jest w ramach definicji pozycji świadczenie</p> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ o numerach modyfikacji równych numerom z poprzednio wygenerowanego komunikatu jeżeli modyfikacje tych świadczeń nie zostały potwierdzone komunikatem zwrotnym |
| | | data-od | 1 | Data początku | Data | Data początku okresu, za który przesyłane są dane o świadczeniach | |
| | | data-do | 1 | Data końca | Data | Dat końca okresu, za który przesyłane są dane o świadczeniach | |

| | | | | | | | |
|---|-------------|------------|-----|---------------------------|---------------|--|--|
| | | wsk-rodz | 1 | Wskaźnik rodzajowy | 1 litera | Wskaźnik rodzaju umowy | P- umowa z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej A – umowa z Funduszem w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej S – umowa z Funduszem w zakresie udzielania świadczeń w trybie całodobowym |
| 1 | swiadczenie | | 0-n | Świadczenie | | Dane o świadczeniu | |
| | | id-swd | 1 | Identyfikator świadczenia | Do x znaków | Jednoznaczny identyfikator świadczenia . | x ilość znaków ustalona zostanie po konsultacji z NFZ |
| | | nr-mod | 1 | Nr modyfikacji | Liczba(4,0) | Kolejny numer modyfikacji danych świadczenia o danym id-swd | |
| | | oper-typ | 1 | Operacja | 1 duża litera | Rodzaj operacji: M – dopisanie lub modyfikacja danych U – usunięcie danych | W przypadku omyłkowego wykonania operacji usunięcia przywrócenie danych wymaga wykonania operacji ponownego dopisania całego zestawu danych opisującego świadczenie z nowym identyfikatorem świadczenia |
| | | oper-tryb | 1 | Tryb | 1 duża litera | Tryb wykonania operacji: N – normalny K – korekta | Tryb korekta dotyczy przypadku, w którym przesyłane są zmodyfikowane dane o świadczeniu wcześniej potwierdzonym w komunikacie zwrotnym |
| | | oper-data | 1 | Data operacji | Data | Data operacji na danych | Data dopisania lub wykonania ostatniej modyfikacji danych świadczenia (w szczególności usunięcia świadczenia) |
| | | data-pocz | 0-1 | Data początku | Data | Data początku realizacji świadczenia | Nie podawane dla świadczeń, dla których wykonano operację usunięcia danych |
| | | data-kon | 0-1 | Data końca | Data | Dla końca realizacji świadczenia | |
| 2 | pacjent | | 1 | Pacjent | Dane pacjenta | | |
| | | data-urodz | 1 | data urodzenia | Data | data urodzenia | |
| | | plec | 1 | Płeć | 1 cyfra | 0 – płeć nieznaną 1 - mężczyzna 2 – kobieta 9 – płeć nieokreślona | zgodnie z normą ISO 5218 |

| | | | | | | | |
|--|--|---------------|---|---|---------------|---|--|
| | | kod-tytułu | 1 | Kod tytułu uprawnień | 1 duża litera | Kod tytułu uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego | U - dla ubezpieczonego P – dla osoby uprawnionej |
| | | kod-dokumentu | 1 | Kod dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych | 1 duża litera | Kod dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych, w przypadku osób uprawnionych: - dla poświadczenia, o którym mowa w art. 19b ustawy – oznaczony symbolem „P” - dla dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń wystawionego przez zagraniczną instytucję właściwą – w przypadku ubiegania się o świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a rozporządzenia 1408/71 oznaczony symbolem „E” w przypadku przedstawienia Europejskiej Karty Ubezpieczenia zdrowotnego lub „F” w przypadku przedstawienia formularza serii E | |
| | | nr-dokum | 1 | Numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń | do x znaków | Numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych, w przypadku osób uprawnionych | x - ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| | | kod-teryt | 1 | Kod terytorialny | 7 cyfr | Kod terytorialny | Kod terytorialny, zgodnie z Nomenklaturą Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy o statystyce publicznej, gminy na terenie której: - ubezpieczony lub osoba uprawniona ma miejsce zamieszkania, - osoba uprawniona ma miejsce czasowego pobytu – jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|---|------------------------------|------------------|--|--|
| | | id-rodz | 1 | Kod rodzaju identyfikatora | 1 duża litera | Kod rodzaju identyfikatora pacjenta/matki/opiekuna - kod zgodny z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia | |
| | | nr-id | 1 | Identyfikator ubezpieczonego | Do 20 znaków | | Identyfikator ubezpieczonego lub osoby uprawnionej: -nr karty ubezpieczenia zdrowotnego gdy ją przedstawiono; -nr PESEL gdy nie przedstawiono karty; -seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość wraz ze wskazaniem rodzaju tego dokumentu – w przypadku gdy ubezpieczony nie przedstawił karty ubezpieczenia zdrowotnego i nie został mu nadany numer PESEL - w przypadku niemowlęcia, któremu nie został nadany numer PESEL – identyfikator dotyczący matki lub opiekuna prawnego tego niemowlęcia, - numer dokumentacji medycznej nadany przez świadczeniodawcę w przypadku braku możliwości określenia numerów, o których mowa w tiret pierwszym, drugim, trzecim i czwartym |
| | | naz-inst | 1 | Nazwa instytucji | do x znaków | Nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej | x ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| | | symb-pan | 1 | Symbol państwa | dwie duże litery | Symbol państwa , w którym znajduje się instytucja właściwa osoby uprawnionej, określony zgodnie z załącznikiem 2 | |
| | | id-od | 1 | Identyfikacja | 1 duża litera | P – identyfikator pacjenta M- identyfikator matki O – identyfikator opiekuna | Dla osób do 3 miesiąca życia podaje się dane identyfikacyjne matki/opiekuna, dla osób powyżej 3 miesiąca dane identyfikacyjne tej osoby (pacjenta) |

| | | | | | | | |
|---|---------------|------------|-----|---------------------------------|--------------|--|---|
| 2 | -oddzial | | 1 | Oddzial NFZ | | Kod Oddziału | -Oddział Funduszu- właściwy ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego lub osoby uprawnionej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - oddział wybrany przez osobę zgłaszana do ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - Mazowiecki Oddział Funduszu – w przypadku osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15 ustawy, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej |
| | | oddz-nfz | 1 | Oddział NFZ | 2 cyfry | Oddział NFZ pacjenta/matki/ opiekuna | kod zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia |
| 2 | zlecenie | | 0-1 | Zlecenie lub skierowanie | | Dane o zleceniu/skierowaniu | Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie udzielania świadczeń w trybie całodobowym i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej |
| | | data-zlec | 1 | Data zlecenia | Data | Data zlecenia | |
| | | ident-zlec | 1 | Identyfikator zlecenia | Do 20 znaków | Identyfikator zlecenia | |
| 3 | swiad-zlec | | 1 | Komórka organizacyjna zlecająca | | Dane komórki zlecającej | zgodnie z zał. 6 |
| | | kod-swzdl | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nr-nipzl | 1 | Numer identyfikacyjny | Do 13 znaków | Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy zlecającego | |
| | | nrzl | 0-1 | VII część kodu resortowego | 3 cyfry | Numer komórki. | Podawany jeżeli został nadany, lub trzy cyfry uzgodnione z Funduszem |
| | | typ-zl | 0-1 | VIII część kodu resortowego | 4 cyfry | Typ komórki | |
| 3 | personel-zlec | | 1 | Personel zlecający | | Personel zlecający | |

| | | | | | | | |
|---|--------------|------------------|-----|---------------------------------------|-------------------|---|--|
| | | id-rodz | 1 | Rodzaj numeru identyfikacyjnego | 1 duża litera | Rodzaj numeru identyfikacyjnego personelu: L – nr prawa wyk. zaw. lekarza ubezpieczenia zdrowotnego F – nr prawa wyk. zaw. felczera ubezpieczenia zdrowotnego | |
| | | id-nr | 1 | Nr- identyfikacyjny | ciąg do 20 znaków | Numer identyfikacyjny odpowiedni dla rodzaju numeru identyfikacyjnego | Dla id-rodz = „L” – należy podać pełny numer prawa wykonywania zawodu wg obowiązującego standardu |
| 3 | dopłaty | | 0-1 | Częściowa odpłatność | | Częściowa odpłatność wystawcy i innych podmiotów | |
| | | dopłata wystawcy | 0-1 | Częściowa odpłatność wystawcy | Liczba (8,2) | Wartość częściowej odpłatności | |
| | | dopłata-inn | 0-n | Częściowa odpłatność innych podmiotów | Liczba (8,2) | Wartość częściowej odpłatności | Częściowe odpłatności innych podmiotów |
| 2 | swiadcz-jedn | | 0-n | Świadczenie jednostkowe | | Dane o świadczeniu jednostkowym | |
| | | kod | 1 | Kod świadczenia jednostkowego | Do 5 znaków | Kod świadczenia jednostkowego | Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia |
| | | data-pocz | 1 | Data początku | Data | Data początku realizacji świadczenia jednostkowego/ data przyjęcia ubezpieczonego | |
| | | tryb-przyj | 1 | Kod trybu przyjęcia | 1 cyfra | Kod trybu przyjęcia | Zgodnie z załącznikiem Nr 5. Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie świadczeń udzielanych w trybie całodobowym i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej |
| | | data-kon | 0-1 | Data końca | Data | Data końca realizacji świadczenia jednostkowego / data wypisu | |
| | | tryb-wypis | 0-1 | Kod trybu wypisu | 1 cyfra | Kod trybu wypisu ubezpieczonego | Wg załącznika Nr 5. Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie świadczeń udzielanych w trybie całodobowym |
| 3 | przyczyna | | 1 | Rozpoznanie | | Dane o rozpoznaniach | Zgodnie z słownikiem ICD10 |
| | | głowna | 1 | Przyczyna główna | Do 4 znaków | Rozpoznanie główne | |

| | | | | | | | |
|---|------------|---------|-----|-----------------------------------|-------------------|---|---|
| | | wsp1 | 0-1 | 1 przyczyna współistniejące | Do 8 znaków | 1 rozpoznanie współistniejące | Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie całodobowym |
| | | wsp2 | 0-1 | 2 przyczyna współistniejąca | Do 8 znaków | 2 rozpoznanie współistniejące | Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie całodobowym |
| 3 | procedura | | 0-n | Procedury ICD9 | | Procedury medyczne | Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie świadczeń udzielanych w trybie całodobowym i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej |
| | | kod | 1 | Kod procedury | Do 8 znaków | Kod zrealizowanej procedury | wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych |
| 3 | kom-org | | 1 | Komórka organizacyjna realizująca | | Dane komórki realizującej | |
| | | kod-swd | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nr-nip | 1 | Numer identyfikacyjny | Do 13 znaków | Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy zlecającego | |
| | | nr | 1 | VII część kodu resortowego | 3 cyfry | Numer komórki. | Podawany jeżeli został nadany, lub trzy cyfry uzgodnione z Funduszem |
| | | typ | 0-1 | VIII część kodu resortowego | 4 cyfry | Typ komórki | |
| 3 | pracownicy | | 1 | Personel medyczny | | Personel medyczny | |
| | | id-rodz | 1 | Rodzaj numeru identyfikacyjnego | 1 duża litera | Rodzaj numeru identyfikacyjnego personelu: L – nr prawa wyk. zaw. lekarza F – nr prawa wyk. zaw. felczera O – nr prawa wykonywania zaw. pielęgniarstwa, położnej | |
| | | id-nr | 1 | Nr- identyfikacyjny | ciąg do 20 znaków | Numer identyfikacyjny odpowiedni dla rodzaju numeru identyfikacyjnego | Dla id-rodz = „L” – należy podać pełny numer prawa wykonywania zawodu wg obowiązującego standardu |

| | | | | | | | |
|---|--------------|---------------------|-----|--|--------------|---|---|
| 3 | wart-fin | | 1 | | | wartości finansowe | |
| | | doplata- ubezpie | 0-1 | Wysokość częściowej odpłatności ubezpieczonego | Liczba (8,2) | Wartość częściowej odpłatności | Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie świadczeń udzielanych w trybie całodobowym i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej |
| | | kod_swid- zlec | 0-1 | kod zleconego przez świadczeniodawcę badania finansowanego ze środków jakie otrzymał na ubezpieczonego,. | 1 cyfra | kod określony według załącznika nr 7. | tylko dla świadczeniodawców działających w ramach podstawowej opieki zdrowotnej |
| 2 | elem-rozlicz | | 0-1 | Dane do rozliczenia | | Dodatkowe dane niezbędne do rozliczenia, określone w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej między świadczeniodawcą a Funduszem , jeżeli umowa ta przewiduje ich rejestrowanie | |
| | | ident-umowy | 1 | identyfikator umowy | do 24 znaków | identyfikator umowy nadany przez NFZ | |
| | | nazwa-swiad | 1 | nazwa jednostkowego świadczenia | Do x znaków | | x ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| | | rodzaj-jedn | 1 | Rodzaj jednostek rozliczeń finansowych | Do x znaków | Rodzaj jednostek rozliczeń finansowych , będących podstawą do rozliczania umowy, wybrany dla danego typu komórki organizacyjnej świadczeniodawcy | x ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| | | wart-jedn | 1 | Wartość jednostek rozliczeń finansowych | Liczba (8,2) | Identyfikator umowy nadany przez NFZ | |
| | | liczba-jedn | 1 | liczba jednostek rozliczeń finansowych | Liczba 8 | Liczba jednostek | |
| | | cena | 1 | Cena | Liczba (8,2) | Cena | |

Objaśnienia:

- 1) RRRR-MM-DD jest formatem daty, w którym pierwsze cztery cyfry oznaczają rok, dwie następne - numer miesiąca w roku, a dwie ostatnie - numer dnia w miesiącu;
- 2) Sposób zapisu danych w strukturze określonej przez powyższe elementy i atrybuty jest zgodny z zasadami języka XML wersja 1.0

ŚWIADCZENIA związane z zaopatrzeniem w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

| Poziom | Znaczniki | | Krotność | Nazwa | Format [wartość domyślna] | Opis | Ograniczenia i inne zależności |
|--------|-----------|-----------|----------|--------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|
| | Element | Atrybuty | | | | | |
| 0 | komunikat | | 1 | Komunikat | | Element główny komunikatu | |
| | | typ | 1 | Typ komunikatu | Ciąg 3 znaków | Typ komunikatu: ORT - świadczenia związane z zaopatrzeniem w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze | Przyjmuje wartość „ORT” |
| | | wersja | 1 | Nr wersji | Ciąg 3 znaków | Numer wersji komunikatu | Przyjmuje wartość „1.0” |
| | | kod-swd | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nip | 1 | NIP świadczeniodawcy | 13 znaków | NIP świadczeniodawcy zapisany z kreskami | |
| | | id-inst | 0-1 | Identyfikator instalacji | Do 40 znaków | Identyfikator instalacji systemu. | |
| | | okres-mc | 1 | Nr miesiąca | 2 cyfry | Numer miesiąca w roku | |
| | | okres-rok | 1 | Rok | 4 cyfry | Rok w formacie RRRR | |

| | | | | | | | |
|--|--|---------|---|---------------|-------------|--|--|
| | | nr-gen | 1 | Nr generacji | Liczba(3,0) | Nr kolejnej generacji komunikatu w ramach okresu. | Uwaga Ostateczna treść poniższego wyjaśnienia zostanie ustalona po konsultacji z NFZ W sprawozdaniu należy ujmować świadczenia, których okres trwania obejmuje podany okres sprawozdawczy oraz świadczenia z okresów wcześniejszych skorygowane w podanym okresie sprawozdawczym. W komunikacie należy umieszczać wyłącznie świadczenia: a) nowo zarejestrowane ▪ nieprzesłane lub ▪ przesłane ale nie potwierdzone komunikatem zwrotnym b) zmodyfikowane: ▪ o numerach modyfikacji powiększonych od czasu generacji poprzedniego komunikatu lub ▪ o numerach modyfikacji równych numerom z poprzednio wygenerowanego komunikatu jeżeli modyfikacje tych świadczeń nie zostały potwierdzone komunikatem zwrotnym |
| | | data-od | 1 | data początku | data | data początku okresu, za który przesyłane dane o świadczeniach | |
| | | data-do | 1 | data końca | data | data końca okresu, za który przesyłane są dane o świadczeniach | |

| | | | | | | | |
|---|---------|---------------|---|---|---------------|---|---|
| | | wsk-rodz | 1 | Wskaźnik rodzajowy | 1 litera | Wskaźnik | W – wystawiający zlecenie na przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy U – działający w ramach umów z Funduszem w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze |
| 1 | pacjent | | 1 | Pacjent | Dane pacjenta | | |
| | | data-urodz | 1 | data-urodzenia | Data | data- urodzenia | |
| | | plec | 1 | plec | 1cyfra | 0 – płeć nieznana 1 - mężczyzna 2 – kobieta 9 – płeć nieokreślona | zgodnie z normą ISO 5218 |
| | | kod-tytulu | 1 | Kod tytułu uprawnień | 1 duża litera | Kod tytułu uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego | U – dla ubezpieczonego P – dla osoby uprawnionej |
| | | kod-dokumentu | 1 | Kod dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych | 1 duża litera | Kod dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych, w przypadku osób uprawnionych: - dla poświadczenia , o których mowa w art. 19b ustawy – oznaczony symbolem „P” - dla dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń wystawionego przez zagraniczną instytucję właściwą – w przypadku ubiegania się o świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a rozporządzenia 1408/71 oznaczony symbolem „E” w przypadku przedstawienia Europejskiej Karty Ubezpieczenia zdrowotnego lub „F” w przypadku przedstawienia formularza serii E | |
| | | nr-dokum | 1 | Numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń | do x znaków | Numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych , w przypadku osób uprawnionych | x -Ilość znaków zostanie ustalona ko konsultacji z NFZ |

| | | | | | | | |
|--|--|-----------|---|----------------------------|---------------|---|--|
| | | kod-teryt | 1 | Kod terytorialny | 7 cyfr | Kod terytorialny gminy | Kod terytorialny, zgodnie z Nomenklaturą Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych . o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy o statystyce publicznej, gminy na terenie której: - ubezpieczony lub osoba uprawniona ma miejsce zamieszkania, - osoba uprawniona ma miejsce czasowego pobytu – jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania |
| | | id-rodz | 1 | Kod rodzaju identyfikatora | 1 duża litera | Kod rodzaju identyfikatora pacjenta/matki/opiekuna - kod zgodny z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia | |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|---|------------------------------|------------------|---|---|
| | | nr-id | 1 | Identyfikator ubezpieczonego | Do 20 znaków | Identyfikacja | Identyfikator ubezpieczonego lub osoby uprawnionej: -nr karty ubezpieczenia zdrowotnego gdy ją przedstawiono -nr PESEL gdy nie przedstawiono karty -seria i numer dowodu osobistego paszportu lub innego dokumentu tożsamości wraz ze wskazaniem rodzaju tego dokumentu – w przypadku gdy ubezpieczony nie przedstawił karty ubezpieczenia zdrowotnego i nie został mu nadany numer PESEL - w przypadku niemowlęcia , któremu nie został nadany numer PESEL – identyfikator dotyczący matki tego niemowlęcia; - numer dokumentacji medycznej nadany przez świadczeniodawcę w przypadku braku możliwości określenia numerów, o których mowa w tiret pierwszym, drugim, trzecim i czwartym |
| | | naz-inst | 1 | Nazwa instytucji | do x znaków | Nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej | x ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| | | symb-pan | 1 | Symbol państwa | dwie duże litery | Symbol państwa, w którym znajduje się instytucja właściwa osoby uprawnionej, określony zgodnie z załącznikiem 2 | |
| | | id-od | 1 | Identyfikacja | 1 duża litera | P - ident pacjenta M – ident matki O – ident opiekuna | Dla osób do 3 miesiąca życia podaje się dane identyfikacyjne opiekuna, dla osób powyżej 3 miesiąca dane identyfikacyjne tej osoby (pacjenta) |

| | | | | | | | |
|---|-------------|-----------|-----|---------------------------|---------------|--|---|
| 2 | oddzial | | 1 | Oddzial NFZ | | Kod Oddziału | - Oddział Funduszu - właściwy ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego lub osoby uprawnionej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - oddział wybrany przez osobę zgłaszana do ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - Mazowiecki Oddział Funduszu – w przypadku osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15 ustawy, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej |
| | | oddz-nfz | 1 | Oddział NFZ | 2 cyfry | Oddział NFZ pacjenta/matki/ opiekuna według adresu zamieszkania | kod zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia |
| 1 | swiadczenie | | 0-n | Świadczenie | | Dane o świadczeniu | |
| | | id-swd | 1 | Identyfikator świadczenia | Do x znaków | Identyfikator świadczenia . | x ilość znaków ustalona będzie po konsultacji z NFZ |
| | | nr-mod | 1 | Nr modyfikacji | Liczba(4,0) | Kolejny numer modyfikacji danych świadczenia o danym id-swd | |
| | | oper-typ | 1 | Operacja | 1 duża litera | Rodzaj operacji: M – dopisanie lub modyfikacja danych U – usunięcie danych | W przypadku omyłkowego wykonania operacji usunięcia przywrócenie danych wymaga wykonania operacji ponownego dopisania całego zestawu danych opisującego świadczenie z nowym identyfikatorem świadczenia |
| | | oper-tryb | 1 | Tryb | 1 duża litera | Tryb wykonania operacji: N – normalny K – korekta | Tryb korekta dotyczy przypadku, w którym przesyłane są zmodyfikowane dane o świadczeniu wcześniej potwierdzonym w komunikacie zwrotnym |
| | | oper-data | 1 | Data operacji | Data | Data operacji na danych | Data dopisania lub wykonania ostatniej modyfikacji danych świadczenia (w szczególności usunięcia świadczenia) |
| | | data-pocz | 0-1 | Data początku | Data | Data początku realizacji świadczenia | Nie podawane dla świadczeń, dla których wykonano operację usunięcia danych |

| | | | | | | | |
|---|-----------------|--------------|-----|---|--------------|--|---|
| | | data-kon | 0-1 | Data końca | Data | Dla końca realizacji świadczenia | Nie podawane dla świadczeń nie zakończonych oraz świadczeń, dla których wykonano operację usunięcia danych |
| 2 | swiadcz-jedn | | 0-n | Świadczenie jednostkowe | | Dane o świadczeniu jednostkowym | Dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Kod rodzajowy – U |
| | | kod | 1 | Kod świadczenia jednostkowego | Do 5 znaków | Kod świadczenia jednostkowego | Zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia |
| | | prycz-glowna | 1 | Przyczyna główna | Do 4 znaków | Rozpoznanie główne | Zgodnie z słownikiem ICD10. |
| 2 | dane-rozlicz | | 0-1 | Dane do rozliczenia | | Dodatkowe dane niezbędne do rozliczenia, określone w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej między świadczeniodawcą a Funduszem , jeżeli umowa ta przewiduje ich rejestrowanie | |
| | | nr-umowy | 1 | identyfikator umowy | do 24 znaków | identyfikator umowy nadany przez NFZ | |
| | | nazwa-swiad | 1 | nazwa jednostkowego świadczenia | Do x znaków | nazwa jednostkowego świadczenia | x ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| | | rodzaj-jedn | 1 | Rodzaj jednostek rozliczeń finansowych | Do x znaków | Rodzaj jednostek rozliczeń finansowych, będących podstawą do rozliczania umowy, wybrany dla danego typu komórki organizacyjnej świadczeniodawcy | x - ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| | | wart-jedn | 1 | Wartość jednostek rozliczeń finansowych | Liczba (8,2) | Identyfikator umowy nadany przez NFZ | |
| | | liczba-jedn | 1 | liczba jednostek rozliczeń finansowych | Liczba (8,0) | Liczba jednostek | |
| | | cena | 1 | Cena | Liczba (8,2) | Cena | |
| 2 | swiadcz-zaopatr | | 0-1 | Świadczenie związane z zaopatrzeniem | | Dane o zleceniu | |
| 3 | przedmiot | | 1 | Przedmiot ortopedyczny | | Kod przedmiotu | |

| | | | | | | | |
|---|---------------|-------------------|-----|---------------------------------|-------------------|---|---|
| | | kod- przedmiot | 1 | Kod przedmiotu | Do 7 znaków | Kod przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego, określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 5 ustawy | |
| 3 | dane-zlec | | 1 | dane dotyczące zlecenia | | | |
| | | data | 1 | Data wystawienia zlecenia | Data | Data zlecenia | |
| | | nr | 1 | Identyfikator zlecenia | Do x znaków | Identyfikator zlecenia | x ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| 4 | swd-wyst- | | 1 | Komórka organizacyjna zlecająca | | Dane komórki zlecającej | |
| | | kod-sw-d | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nr-nip | 1 | Numer identyfikacyjny | Do 13 znaków | Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy zlecającego | |
| | | nr | 1 | VII część kodu resortowego | 3 cyfry | Numer komórki. | Podawany jeżeli został nadany, lub trzy cyfry uzgodnione z Funduszem |
| | | typ | 0-1 | VIII część kodu resortowego | 4 cyfry | Typ komórki | |
| 4 | personel-zlec | | 1 | Personel zlecający | | Personel zlecający | |
| | | id-rodz | 1 | Rodzaj numeru identyfikacyjnego | 1 duża litera | Rodzaj numeru identyfikacyjnego personelu: L – nr prawa wyk. zaw. lekarza F – nr prawa wyk. zaw. felczera | |
| | | id-nr | 1 | Nr- identyfikacyjny | ciąg do 20 znaków | Numer identyfikacyjny odpowiedni dla rodzaju numeru identyfikacyjnego | Dla id-rodz = „L” – należy podać pełny numer prawa wykonywania zawodu wg obowiązującego standardu |
| 4 | upr-dodat | | 0-1 | Uprawnienia dodatkowe | | | |
| | | kod-upr | 1 | Kod uprawnień dodatkowych | dwa znaki | Kod uprawnień dodatkowych ubezpieczonego | IB – inwalida wojenny, IW - inwalida wojskowy |
| 3 | schorzenie | | 1 | Schorzenie | | Dane o rozpoznaniach | Zgodnie z słownikiem ICD10 |
| | | schorzenie | 1 | Schorzenie | Do 4 znaków | Schorzenie | |
| 3 | dane-dod | | 0-1 | Dane dodatkowe o świadczeniu | | | Dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Kod rodzajowy U |

| | | | | | | | |
|---|----------------|---------------|-----|--------------------------------------|--------------|--|---|
| | | nr-kart | 1 | Nr-karty zaopatrzenia-comiesięcznego | x znaków | | x ilość znaków ustalona zostanie po konsultacji z NFZ |
| | | nr-ewid-zl | 1 | Nr-ewidencyjny zlecenia | | Numer ewidencyjny zlecenia, w przypadku wpisania ubezpieczonego na listę oczekujących na potwierdzenie i realizację zlecenia | |
| 4 | dane-real | | 1 | Dane o realizacji zlecenia | | Dane dotyczące realizacji zlecenia | |
| 5 | swd-real- | | 1 | Komórka organizacyjna wykonująca | | Dane komórki wykonującej | |
| | | kod-swd | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nr-nip | 1 | Numer identyfikacyjny | Do 13 znaków | Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy zlecającego | |
| | | nr | 1 | VII część kodu resortowego | 3 cyfry | Numer komórki. | Podawany jeżeli został nadany, lub trzy cyfry uzgodnione z Funduszem |
| | | typ | 0-1 | VIII część kodu resortowego | 4 cyfry | Typ komórki | |
| 5 | dane-dodatkowe | | 1 | Dane dodatkowe | | | |
| | | data-przyj | 1 | data-przyjęcia do realizacji | Data | Data przyjęcia zlecenia do realizacji | |
| | | kod-odplat | 1 | Kod odpłatności | 1 cyfra | | „0” dla przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego wydawanego bezpłatnie, „3-”, dla przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego wydawanego za odpłatnością 30 %, „5” dla przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego wydawanego za odpłatnością w wysokości „50% |
| | | liczba- wydan | 1 | Liczba wydanych przedmiotów | Liczba (8,0) | Liczba wydanych przedmiotów ortopedycznych lub ,środków pomocniczych | |
| | | rzecz-cena | 1 | Cena rzeczywiista | Liczba (8,2) | | |
| | | kwota-refund | 1 | Kwota refundacji | Liczba (8,2) | Kwota refundacji | |
| | | doplata | 1 | Częściowa odpłatność ubezpieczonego | Liczba (8,2) | Częściowa odpłatność ubezpieczonego | |

| | | | | | | | |
|---|---------|--------------|-----|-----------------------------------|--------------|---|--|
| | | data-odbioru | 1 | Data odbioru | data | Data odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego | |
| 4 | naprawa | | 0-1 | Naprawa przedmiotu ortopedycznego | | Dane dotyczące naprawy przedmiotu ortopedycznego | Dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Wskaźnik rodzajowy – u |
| | | numer –potw | 1 | Numer potwierdzenia | do x znaków | Numer potwierdzenia zlecenia na naprawę przedmiotu ortopedycznego | x - ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| | | kod-naprawy | 1 | Kod naprawy | do 9 znaków | kod naprawy przedmiotu ortopedycznego , określony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 5 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w narodowym Funduszu Zdrowia | |
| | | cena-naprawy | 1 | Cena naprawy | Liczba (8,2) | Cena naprawy | |
| | | data-napr | 1 | Data naprawy | data | Data naprawy | |

Objaśnienia:

- 1) RRRR-MM-DD jest formatem daty, w którym pierwsze cztery cyfry oznaczają rok, dwie następne - numer miesiąca w roku, a dwie ostatnie - numer dnia w miesiącu;
- 2) Sposób zapisu danych w strukturze określonej przez powyższe elementy i atrybuty jest zgodny z zasadami języka XML wersja 1.0

Oczekujący na świadczenia

W komunikacie przekazywane są informacje o oczekujących na świadczenie zdrowotne udzielane w trybie całodobowym i w opiece ambulatoryjnej

| Poziom | Znaczniki | | Krotność | Nazwa | Format [wartość domyślna] | Opis | Ograniczenia i inne zależności |
|--------|-----------|------------|----------|--------------------------|---------------------------------|--|---|
| | Element | Atrybuty | | | | | |
| 0 | komunikat | | 1 | Komunikat | | Element główny komunikatu | |
| | | typ | 1 | Typ komunikatu | Ciąg 3 znaków | Typ komunikatu: ONS – oczekujący na świadczenie | Przyjmuje wartość „ONS” |
| | | wersja | 1 | Nr wersji | Ciąg 3 znaków | Numer wersji komunikatu | Przyjmuje wartość „1.0” |
| | | kod-swd | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nip | 1 | NIP świadczeniodawcy | 13 znaków | NIP świadczeniodawcy zapisany z kreskami | |
| | | id-inst | 0-1 | Identyfikator instalacji | Do 40 znaków | Identyfikator instalacji systemu. | |
| | | okres-mc | 1 | Nr okresu | 2 cyfry | Numer miesiąca w roku | |
| | | okres-rok | 1 | Rok | 4 cyfry | Rok w formacie RRRR | |
| | | nr-gen | 1 | Nr generacji | Liczba(3,0) | Nr kolejnej generacji komunikatu w ramach okresu. | |
| 1 | pacjent | | 1 | pac jent | Dane pacjenta | | |
| | | data-urodz | 1 | data- urodzenia | Data | data-urodzenia | |
| | | plec | 1 | plec | 1cyfra | 0 – płeć nieznana 1 - mężczyzna 2 – kobieta 9 – płeć nieokreślona | zgodnie z normą ISO 5218 |
| | | kod-tytułu | 1 | Kod tytułu uprawnień | 1 duża litera | Kod tytułu uprawnień do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego | U - dla ubezpieczonego P – dla osoby uprawnionej |

| | | | | | | | |
|--|--|---------------|---|---|---------------|--|---|
| | | kod-dokumentu | 1 | Kod dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych | 1 duża litera | Kod dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych, w przypadku osób uprawnionych: - dla poświadczenia, o których mowa w art. 19b ustawy – oznaczony symbolem „P” - dla dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń wystawionego przez zagraniczną instytucję właściwą – w przypadku ubiegania się o świadczenia z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 22 ust. 1 lit. a a rozporządzenia 1408/71 oznaczony symbolem „E” w przypadku przedstawienia Europejskiej Karty Ubezpieczenia zdrowotnego lub „F” w przypadku przedstawienia formularza serii E | |
| | | nr-dokum | 1 | Numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń | do x znaków | Numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych, w przypadku osób uprawnionych | x - ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| | | id-rodz | 1 | Kod rodzaju identyfikatora | 1 duża litera | Kod rodzaju identyfikatora pacjenta/matki/opiekuna - kod zgodny z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia | |

| | | | | | | | |
|---|-------|------------|---|------------------------------|------------------|--|--|
| | | nr-id | 1 | Identyfikator ubezpieczonego | Do 20 znaków | Identyfikacja | Identyfikator ubezpieczonego: -nr karty ubezpieczenia zdrowotnego gdy ją przedstawiono -nr PESEL gdy nie przedstawiono karty -seria i numer dowodu osobistego lub paszportu wraz ze wskazaniem rodzaju tożsamości – w przypadku gdy ubezpieczony nie przedstawił karty ubezpieczenia zdrowotnego i nie został mu nadany numer PESEL - w przypadku niemowlęcia , któremu nie został nadany numer PESEL – numer, o którym mowa w tiret pierwszym albo drugim albo trzecim, dotyczący matki tego niemowlęcia; - numer dokumentacji medycznej nadany przez świadczeniodawcę w przypadku braku możliwości określenia numerów, o których mowa w tiret pierwszym, drugim, trzecim i czwartym |
| | | naz-inst | 1 | Nazwa instytucji | do 40 znaków | Nazwa instytucji właściwej osoby uprawnionej | |
| | | symb-pan | 1 | Symbol państwa | dwie duże litery | Symbol państwa , w którym znajduje się instytucja właściwa osoby uprawnionej, określony zgodnie z załącznikiem 2 | |
| | | id-od | 1 | Identyfikacja | 1 duża litera | P - ident pacjenta M – ident matki O – ident opiekuna | Dla osób do 3 miesiąca życia podaje się dane identyfikacyjne matki/opiekuna, dla osób powyżej 3 miesiąca dane identyfikacyjne tej osoby (pacjenta) |
| 2 | adres | | 1 | Adres | | adres oczekującego | |
| | | miescowosc | 1 | Miejscowość | do 24 znaków | Miejscowość | |
| | | ulica | 1 | Ulica | do 30 znaków | | |
| | | nr-domu | 1 | nr-domu | do 9 znaków | | |
| | | nr-lokalu | 1 | nr lokalu | do 5 znaków | | |

| | | | | | | | |
|---|-------------|--------------|-----|--|-----------------------------------|--|---|
| | | kod-pocztowy | 1 | kod-pocztowy | dwa cyfry, łącznik, trzy cyfry | | |
| | | nr-tel | 0-1 | numer telefonu lub poczty elektronicznej | do x znaków | | x ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| 2 | oddzial | | 1 | Oddział NFZ | | Identyfikator Oddziału | -Oddział Funduszu- właściwy ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego lub osoby uprawnionej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - oddział wybrany przez osobę zgłaszana do ubezpieczenia zdrowotnego – w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - Mazowiecki Oddział Funduszu – w przypadku osób, o których mowa w art. 9 ust. 1 pkt 15 ustawy, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej |
| | | oddz-nfz | 1 | Oddział NFZ | 2 cyfry | Oddział NFZ pacjenta/matki/ opiekuna według adresu zamieszkania | kod zgodnie z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia |
| 2 | swiadczenie | | 0-n | Świadczenie | | Dane o świadczeniu | |
| | | nr-mod | 1 | Nr modyfikacji | Liczba(4,0) | Kolejny numer modyfikacji danych świadczenia o danym id-swd | |
| | | oper-typ | 1 | Operacja | 1 duża litera | Rodzaj operacji: M – dopisanie lub modyfikacja danych U – usunięcie danych | W przypadku omyłkowego wykonania operacji usunięcia przywrócenie danych wymaga wykonania operacji ponownego dopisania całego zestawu danych opisującego świadczenie z nowym identyfikatorem świadczenia |
| | | oper-tryb | 1 | Tryb | 1 duża litera | Tryb wykonania operacji: N – normalny K – korekta | Tryb korekta dotyczy przypadku, w którym przesyłane są zmodyfikowane dane o świadczeniu wcześniej potwierdzonym w komunikacie zwrotnym |
| | | oper-data | 1 | Data operacji | Data | Data operacji na danych | Data dopisania lub wykonania ostatniej modyfikacji danych świadczenia (w szczególności usunięcia świadczenia) |

| | | | | | | | |
|---|---------------|----------------|-----|----------------------------------|-------------------|---|---|
| 3 | zlecenie | | 0-1 | Zlecenie | | Dane o zleceniu | |
| | | data | 1 | Data zlecenia | Data | Data zlecenia | |
| | | nr | 1 | Identyfikator zlecenia | Do x znaków | Identyfikator zlecenia | x ilość znaków zostanie ustalona po konsultacji z NFZ |
| 4 | kom-org-zlec | | 1 | Komórka organizacyjna zlecająca | | Dane komórki zlecającej | |
| | | kod-swd | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nr-nip | 1 | Numer identyfikacyjny | Do 13 znaków | Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy zlecającego | |
| | | nr | 1 | VII część kodu resortowego | 3 cyfry | Numer komórki. | Podawany jeżeli został nadany, lub trzy cyfry uzgodnione z Funduszem |
| | | typ | 0-1 | VIII część kodu resortowego | 4 cyfry | Typ komórki | |
| 4 | personel-zlec | | 1 | Personel zlecający | | Personel zlecający | |
| | | id-rodz | 1 | Rodzaj numeru identyfikacyjnego | 1 duża litera | Rodzaj numeru identyfikacyjnego personelu: L – nr prawa wyk. zaw. lekarza F – nr prawa wyk. zaw. felczera | |
| | | id-nr | 1 | Nr- identyfikacyjny | ciąg do 20 znaków | Numer identyfikacyjny odpowiedni dla rodzaju numeru identyfikacyjnego | Dla id-rodz = „L” – należy podać pełny numer prawa wykonywania zawodu wg obowiązującego standardu |
| 3 | data zglosz | | 1 | data wpisania | | | |
| | | data-zloszenia | 1 | data zgłoszenia | data | | |
| 3 | kom-org | | 1 | Komórka organizacyjna wykonująca | | Dane komórki wykonującej | |
| | | kod-swd | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nr-nip | 1 | Numer identyfikacyjny | Do 13 znaków | Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy zlecającego | |
| | | nr | 1 | VII część kodu resortowego | 3 cyfry | Numer komórki. | Podawany jeżeli został nadany, lub trzy cyfry uzgodnione z Funduszem |
| | | typ | 0-1 | VIII część kodu resortowego | 4 cyfry | Typ komórki | |
| 3 | personel-wyk | | 1 | Personel wykonujący | | Personel zlecający | |

| | | | | | | | |
|---|-----------|-------------|-----|---|---------------|--|---|
| | | id-rodz | 1 | Rodzaj numeru identyfikacyjnego | 1 duża litera | Rodzaj numeru identyfikacyjnego personelu: L – nr prawa wyk. zaw. lekarza | |
| | | id-nr | 1 | Nr- identyfikacyjny | ciąg 7 znaków | Numer identyfikacyjny lekarza | Należy podać pełny numer prawa wykonywania zawodu wg obowiązującego standardu |
| 3 | swd-zdrow | | 1 | Świadczenie zdrowotne | | | |
| | | id-swd-jedn | 1 | Identyfikator świadczenia jednostkowego | Do 5 znaków | kod jednostkowego świadczenia zdrowotnego | Zgodnie z zał. 3 |
| | | kod | 1 | Kod przyczyny głównej | Do 4 znaków | Kod przyczyny głównej udzielenia jednostkowego świadczenia zdrowotnego wg Międzynarodowej klasyfikacji Chorób i problemów Zdrowotnych. Kod tworzą pierwsze trzy znaki, a jeżeli świadczenie zdrowotne dotyczy świadczeń udzielanych w trybie całodobowym – pierwsze cztery znaki | |
| | | wsp1 | 0-1 | 1 przyczyna współistniejąca | Do 4 znaków | 1 rozpoznanie współistniejące | tylko dla świadczeń udzielanych w trybie całodobowym |
| | | wsp2 | 0-1 | 2 przyczyna współistniejąca | Do 4 znaków | 2 rozpoznanie współistniejące | tylko dla świadczeń udzielanych w trybie całodobowym |
| | | kod | 1 | Kod procedury | Do 8 znaków | Kod procedury | wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych |
| 3 | wpis | | 1 | Dane o wpisie | | Dane dotyczące wpisania | |
| | | data-wpisu | 1 | data wpisania | data | Data wpisania | |
| | | kolejnosc | 1 | Kolejność udzielenia świadczenia | liczba (6,0) | Kolejność udzielenia świadczenia | |
| | | wyzn-term | 1 | Wyznaczony –termin udzielenia świadczeni | data | Wyznaczony –przez świadczeniodawcę termin udzielenia świadczeni | |
| | | data-swiad | 0-1 | Data rzeczywistego udzielenia świadczenia | data | Data udzielenia świadczenia | |
| | | data –usun | 0-1 | Data usunięcia z listy | data | Data usunięcia z listy | |

| | | | | | | | |
|--|--|----------|-----|---------------------------------|---------|--|--|
| | | kod-usun | 0-1 | Kod przyczyny usuniecia z listy | 1 cyfra | | 1 – wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę 2 rezygnacja ubezpieczonego 3 – inna przyczyna |
|--|--|----------|-----|---------------------------------|---------|--|--|

Objaśnienia:

- 1) RRRR-MM-DD jest formatem daty, w którym pierwsze cztery cyfry oznaczają rok, dwie następne - numer miesiąca w roku, a dwie ostatnie - numer dnia w miesiącu;
- 2) Sposób zapisu danych w strukturze określonej przez powyższe elementy i atrybuty jest zgodny z zasadami języka XML wersja 1

Komunikat dla wojewodów i sejmików wojewódzkich

W komunikacie sejmikom wojewódzkim i wojewodom - przekazywane są wybrane informacje o świadczeniach

| Poziom | Znaczniki | | Krotność | Nazwa | Format [wartość domyślna] | Opis | Ograniczenia i inne zależności |
|--------|-----------|-----------|----------|--------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|
| | Element | Atrybuty | | | | | |
| 0 | komunikat | | 1 | Komunikat | | Element główny komunikatu | |
| | | typ | 1 | Typ komunikatu | Ciąg 3 znaków | Komunikat dla wojewodów i sejmików wojewódzkich | Przyjmuje wartość „WOJ” |
| | | wersja | 1 | Nr wersji | Ciąg 3 znaków | Numer wersji komunikatu | Przyjmuje wartość „1.0” |
| | | kod-swd | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nip | 1 | NIP świadczeniodawcy | 13 znaków | NIP świadczeniodawcy zapisany z kreskami | |
| | | id-inst | 0-1 | Identyfikator instalacji | Do 40 znaków | Identyfikator instalacji systemu. | |
| | | okres-mc | 1 | Nr okresu | 2 cyfry | Numer miesiąca w roku | |
| | | okres-rok | 1 | Rok | 4 cyfry | Rok w formacie RRRR | |

| | | | | | | | |
|--|--|--------|---|--------------|-------------|---|--|
| | | nr-gen | 1 | Nr generacji | Liczba(3,0) | Nr kolejny komunikatu w ramach okresu. Służy ochronie przed wysłaniem dwukrotnie tego samego komunikatu | <p>UWAGA: Ostateczna treść poniższego wyjaśnienia zostanie ustalona po konsultacji z NFZ</p> <p>W komunikacie ujmowane są świadczenia, wykonane w okresie sprawozdawczym oraz świadczenia z okresów wcześniejszych skorygowane w podanym okresie sprawozdawczym.</p> <p>W komunikacie należy umieszczać wyłącznie świadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) nowo zarejestrowane <ul style="list-style-type: none"> ▪ nieprzesłane lub ▪ przesłane ale nie potwierdzone komunikatem zwrotnym b) zmodyfikowane: <ul style="list-style-type: none"> ▪ o numerach modyfikacji powiększonych od czasu generacji poprzedniego komunikatu <p>Uwaga: definicja modyfikacji zawarta jest w ramach definicji pozycji świadczenie</p> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ o numerach modyfikacji równych numerom z poprzednio wygenerowanego komunikatu jeżeli modyfikacje tych świadczeń nie zostały potwierdzone komunikatem zwrotnym |
|--|--|--------|---|--------------|-------------|---|--|

| | | | | | | | |
|---|-------------|------------|---------|---------------------------|---------------|--|---|
| | | wsk-rodz | 1 | Wskaźnik rodzajowy | 1 litera | Wskaźnik rodzaju umowy | P- umowa z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej A – umowa z Funduszem w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej S – umowa z Funduszem w zakresie świadczeń udzielanych w trybie całodobowym |
| 1 | swiadczenie | | 0-n | Świadczenie | | Dane o świadczeniu | |
| | | id-swd | 1 | Identyfikator świadczenia | Do 5 znaków | Jednoznaczny identyfikator świadczenia . | |
| | | nr-mod | 1 | Nr modyfikacji | Liczba(4,0) | Kolejny numer modyfikacji danych świadczenia o danym id-swd | |
| | | oper-typ | 1 | Operacja | 1 duża litera | Rodzaj operacji: M – dopisanie lub modyfikacja danych U – usunięcie danych | W przypadku omyłkowego wykonania operacji usunięcia przywrócenie danych wymaga wykonania operacji ponownego dopisania całego zestawu danych opisującego świadczenie z nowym identyfikatorem świadczenia |
| | | oper-tryb | 1 | Tryb | 1 duża litera | Tryb wykonania operacji: N – normalny K – korekta | Tryb korekta dotyczy przypadku, w którym przesyłane są zmodyfikowane dane o świadczeniu wcześniej potwierdzonym w komunikacie zwrotnym |
| | | oper-data | 1 | Data operacji | Data | Data operacji na danych | Data dopisania lub wykonania ostatniej modyfikacji danych świadczenia (w szczególności usunięcia świadczenia) |
| 2 | pacjent | | pacjent | | Dane pacjenta | | |
| | | data-urodz | 1 | data-urodzenia | Data | data-urodzenia | |
| | | plec | 1 | plec | 1 cyfra | 0 – płeć nieznaną 1 - mężczyzna 2 – kobieta 9 – płeć nieokreślona | zgodnie z normą ISO 5218 |

| | | | | | | | |
|---|--------------|------------|-----|-------------------------------|-------------|---|---|
| | | kod-teryt | 1 | Kod terytorialny | 7 cyfr | Kod terytorialny gminy | Kod terytorialny , zgodnie z Nomenklaturą Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych . o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 40 ust. 2 ustawy o statystyce publicznej, gminy na terenie której: - ubezpieczony lub osoba uprawniona ma miejsce zamieszkania, - osoba uprawniona ma miejsce czasowego pobytu – jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania |
| 2 | swiadcz-jedn | | 1-n | Świadczenie jednostkowe | | Dane o świadczeniu jednostkowym | |
| | | kod | 1 | Kod świadczenia jednostkowego | Do 5 znaków | Kod świadczenia jednostkowego | z wyłączeniem świadczeniodawców wystawiających zlecenia na przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy Kod jest ustalony zgodnie z zał. 4 |
| | | data-pocz | 1 | Data początku | Data | Data początku realizacji świadczenia jednostkowego/ data przyjęcia ubezpieczonego | bez świadczeń związanych z przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi |
| | | tryb-przyj | 1 | Kod trybu przyjęcia | 1 cyfra | Kod trybu przyjęcia | Zgodnie z załącznikiem Nr 5. Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie świadczeń udzielanych w trybie całodobowym i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej |
| | | data-kon | 0-1 | Data końca | Data | Data końca realizacji świadczenia jednostkowego / data wypisu | bez świadczeń związanych z przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi |
| | | tryb-wypis | 0-1 | Kod trybu wypisu | 1 cyfra | Kod trybu wypisu ubezpieczonego | Wg. załącznika Nr 5. Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie świadczeń udzielanych w trybie całodobowym |
| 3 | przyczyna | | 1 | Rozpoznanie | | Dane o rozpoznaniach | Zgodnie z słownikiem ICD10 |

| | | | | | | | |
|---|-----------|---------|-----|-----------------------------------|--------------|--|---|
| | | glowna | 1 | Przyczyna główna | Do 4 znaków | Rozpoznanie główne | z wyłączeniem świadczeniodawców wystawiających zlecenia na przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy |
| | | wsp1 | 0-1 | 1 przyczyna współistniejąca | Do 8 znaków | 1 rozpoznanie współistniejące | Bez świadczeń związanych z przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi . Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie świadczeń udzielanych w trybie całodobowym |
| | | wsp2 | 0-1 | 2 przyczyna współistniejąca | Do 8 znaków | 2 rozpoznanie współistniejące | Bez świadczeń związanych z przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi . Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie świadczeń udzielanych w trybie całodobowym |
| 3 | procedura | | 0-n | Procedury ICD9 | | Procedury medyczne | Bez świadczeń związanych z przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi Tylko dla świadczeniodawców działających w ramach umów z funduszem w zakresie świadczeń udzielanych w trybie całodobowym i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej |
| | | kod | 1 | Kod procedury | Do 8 znaków | Kod zrealizowanej procedury | wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych |
| 3 | kom-org | | 1 | Komórka organizacyjna realizująca | | Dane komórki zlecającej | Bez świadczeń związanych z przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi |
| | | kod-swd | 1 | Kod świadczeniodawcy | Do 24 znaków | Kod świadczeniodawcy nadany przez NFZ | |
| | | nr-nip | 1 | Numer identyfikacyjny | Do 13 znaków | Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy realizującego | |
| | | nr | 1 | VII część kodu resortowego | 3 cyfry | Numer komórki. | Podawany jeżeli został nadany, lub trzy cyfry uzgodnione z Funduszem |
| | | typ | 1 | VIII część kodu resortowego | 4 cyfry | Typ komórki | |

Objaśnienia:

- 1) RRRR-MM-DD jest formatem daty, w którym pierwsze cztery cyfry oznaczają rok, dwie następne - numer miesiąca w roku, a dwie ostatnie - numer dnia w miesiącu;
- 2) Sposób zapisu danych w strukturze określonej przez powyższe elementy i atrybuty jest zgodny z zasadami języka XML wersja 1.0

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2004 r.

w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki i sposobu ich rejestrowania oraz zakresu informacji i sposobu ich przekazywania Funduszowi, w tym także rodzaju wykorzystywanych nośników informacji i wzorów dokumentów

Na podstawie art. 197 ust. 2 ustawy z dnia..... 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr..., poz....) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Apteki gromadzą informacje zawierające dane o obrocie refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi, wynikające ze zrealizowanych recept podlegających refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem", oraz z budżetu państwa.

2. Dane, o których mowa w ust. 1, są gromadzone i przechowywane w formie elektronicznej.

§ 2. 1. Zakres przekazywanych danych o obrocie refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi, określony dla każdego wydanego opakowania refundowanego leku lub wyrobu medycznego, obejmuje:

- 1) identyfikator apteki, na który składają się:
 - a) dziewięć pierwszych cyfr numeru REGON apteki,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1131).

- b) trzy cyfry dodatkowo identyfikujące aptekę, uzgodnione między apteką a Funduszem;
- 2) datę przyjęcia recepty do realizacji;
 - 3) numer nadany w trakcie realizacji recepty w aptece;
 - 4) datę wydania leku lub wyrobu medycznego - jeżeli jest inna niż data, o której mowa w pkt 2;
 - 5) kod typu recepty przyjmujący wartość:
 - a) "7" - dla recept na leki lub wyroby medyczne sprowadzane z zagranicy dla użytkowników indywidualnych,
 - b) "8" - dla recept, których wzór określają przepisy wydane na podstawie art. 45 ust.3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, Nr 76, poz. 691, Nr 152, poz. 1266, Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 845),zwanej dalej "ustawą o zawodzie lekarza", z zastrzeżeniem lit. c,
 - c) "9" - dla recept na środki odurzające, substancje psychotropowe lub inne produkty lecznicze, oznaczone symbolem "Rp.w",
 - d) "2" - dla recept wystawionych na kuponach książeczek usług medycznych;
 - 6) numer recepty - jeżeli występuje na recepcie;
 - 7) numer potwierdzający identyfikację pacjenta, jeżeli występuje na recepcie, a w przypadku korzystania ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych, a w razie braku poświadczenia numer identyfikacyjny znajdujący się na dokumencie uprawniającym do korzystania ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 8) identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta, a w przypadku bezdomnego - identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce siedziby świadczeniodawcy, u którego została wystawiona recepta, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza, albo symbol państwa instytucji właściwej dla osoby korzystającej ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 9) wskaźnik przyjmujący wartość:
 - a) 1 - w przypadku gdy na recepcie występuje adnotacja "pro auctore" lub "pro familia",

- b) 0 - w przypadkach innych niż wymienione w lit. a;
- 10) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza, lub kod uprawnień dla pacjentów chorujących na choroby określone w przepisach wydanych na podstawie art. 33 ust. 2 ustawy, zgodnie z którym wydano refundowany lek lub wyrób medyczny; w przypadku braku takich uprawnień przekazywana informacja zawiera znak "X";
- 11) rodzaj identyfikatora leku lub wyrobu medycznego przyjmujący wartość:
- a) 0 - dla leku lub wyrobu medycznego, o którym mowa w pkt 12,
 - b) 1 - dla leku recepturowego,
 - c) 2 - dla leku lub wyrobu medycznego niewymienionego w lit. a i b;
- 12) numer kodowy leku lub wyrobu medycznego (EAN13) - jeżeli został nadany;
- 13) liczbę wydanych opakowań leku lub wyrobu medycznego;
- 14) wartość wydanych opakowań leku lub wyrobu medycznego;
- 15) kod odpłatności za lek lub wyrób medyczny przyjmujący wartość:
- a) 0 - dla leku lub wyrobu medycznego wydane bezpłatnie,
 - b) 1 - dla leku lub wyrobu medycznego wydane za opłatą ryczałtową,
 - c) 3 - dla leku lub wyrobu medycznego wydane za odpłatnością w wysokości 30%,
 - d) 5 - dla leku lub wyrobu medycznego wydane za odpłatnością w wysokości 50%;
- 16) kwotę podlegającą refundacji z tytułu wydanych opakowań leku lub wyrobu medycznego;
- 17) datę wystawienia recepty;
- 18) umieszczony na receptie identyfikator podmiotu upoważnionego do wystawiania recept, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 45 ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza;
- 19) umieszczony na receptie numer wykonywania prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyisty albo felczera.
2. Jeżeli dziewiętnasta cyfra numeru recepty ma wartość "5", apteka nie musi przekazywać informacji, o której mowa w ust. 1 pkt 18.
3. Jeżeli dziewiętnasta cyfra numeru recepty ma wartość "6", apteka nie musi przekazywać informacji, o której mowa w ust. 1 pkt 19.

4. Jeżeli dziewiętnasta cyfra numeru recepty ma wartość "7", apteka nie musi przekazywać informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 18 i 19.

§ 3. 1. Apteki przekazują dane, o których mowa w § 2, wynikające ze zrealizowanych recept podlegających refundacji z Funduszu, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, właściwemu ze względu na siedzibę apteki.

2. Fundusz przekazuje dane, o których mowa w § 2, wynikające ze zrealizowanych recept podlegających refundacji z budżetu państwa, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

§ 4. 1. Dane, o których mowa w § 3, są przekazywane w formie komunikatów elektronicznych.

2. Sposób budowy komunikatu, o którym mowa w ust. 1, określa załącznik do rozporządzenia.

3. Komunikaty, o których mowa w ust. 1, są dostarczane na nośniku umożliwiającym odczyt danych w sposób cyfrowy albo poprzez teletransmisję komunikatu.

§ 5. 1. Przekazywanie komunikatów, o których mowa w § 4 ust. 1, obejmuje następujące fazy:

- 1) pierwszą - rejestrację w aptece faktu wysłania komunikatu elektronicznego;
- 2) drugą - przekazanie informacji w sposób określony w § 4 ust. 3;
- 3) trzecią - rejestrację faktu otrzymania przekazanego przez aptekę komunikatu elektronicznego;
- 4) czwartą - potwierdzenie faktu otrzymania komunikatu elektronicznego lub przyczynę odrzucenia komunikatu.

2. Potwierdzenie otrzymania komunikatu elektronicznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, przekazywane jest aptece, która przekazała komunikat, wraz z datą jego przyjęcia lub odrzucenia.

3. Błędy lub inne nieprawidłowości dotyczące niektórych recept, stwierdzone w komunikacie wśród danych o obrocie refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi, nie mogą powodować odrzucenia danych o obrocie dotyczących pozostałych recept, przekazanych w tym komunikacie w prawidłowej postaci.

§ 6. 1. Apteki przekazują dane, o których mowa w § 3 ust. 1, w terminach przekazywania zestawienia, o którym mowa w art. 57 ust. 6 ustawy.

2. Fundusz przekazuje dane, o których mowa w § 3 ust. 2, nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem.....

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Na podstawie art. 197 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Minister właściwy do spraw zdrowia został zobowiązany do określenia rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Opracowanie nowego projektu rozporządzenia wynika, pomimo niewielkiego zakresu dokonanych zmian, z uchwalenia nowej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Rozporządzenie określa, iż apteki gromadzą informacje zawierające dane o obrocie refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi, wynikające ze zrealizowanych recept podlegających refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz szczegółowo reguluje zakres gromadzonych informacji.

Ocena Skutków Regulacji.

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego.

Podmioty odpowiedzialne za funkcjonowanie aptek.

2. Konsultacje społeczne.

W ramach konsultacji społecznych, projekt rozporządzenia zostanie przekazany samorządom zawodów medycznych, w tym Naczelnej Radzie Aptekarskiej oraz organizacjom właścicieli aptek.

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu oraz sektor finansów publicznych.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje wzrostu wydatków z budżetu państwa

i Narodowego Funduszu Zdrowia (rozporządzenie uwzględnia rozwiązania, które były wcześniej wdrożone).

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Rozporządzenie nie wywiera wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na wewnętrzną konkurencję.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionów.

7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Zakres projektu rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

8. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Projektowane rozporządzenie umożliwia zbieranie informacji, które mogą być m.in. wykorzystane w analizach dotyczących ordynacji leków przez poszczególnych świadczeniodawców, a tym samym mogą wywierać wpływ na poprawę skuteczności procesu leczenia.

WZÓR BUDOWY KOMUNIKATU ELEKTRONICZNEGO

| Poziom | Znaczniki | | Krot ność | Nazwa | Format [Wartość domyślna] | Opis | Ograniczenia i inne zależności |
|--------|----------------|------------|--------------|------------------|------------------------------------|---|---|
| | Element | Atrybuty | | | | | |
| 0 | mz : komunikat | | 1 | Komunikat | | Element główny komunikatu | |
| | | xmlns : mz | 1 | Przestrzeń nazw | | Definiuje przestrzeń nazw (namespace) | Zawiera stałą wartość: http://www.csioz.gov.pl/nfz/xml |
| | | typ | 1 | Typ komunikatu | 3 znaki (duże litery) | Identyfikuje rodzaj przesyłu oraz decyduje o szczegółach składni | Przyjmuje wartość "LEK" |
| | | wersja | 1 | Numer wersji | Do 2 cyfr + kropka + 2 cyfry | Numer wersji komunikatu - może decydować o szczegółach składni | Przyjmuje wartość "1.03" |
| 1 | mz : producent | | 0-1 | Producent | | Element zawierający informacje o producencie oprogramowania, które generuje komunikat | |
| | | nazwa | 1 | Nazwa producenta | Do 20 znaków | Nazwa producenta i ewentualne inne dane kontaktowe | |

| | | | | | | | |
|---|---------------|---------|-----|-------------------------|--------------------|--|---|
| | | wersja | 1 | Wersja oprogramowania | Do 10 znaków | Wersja oprogramowania, które wygenerowało przesłany komunikat | |
| | | e-adres | 0-1 | Adres elektroniczny | Do 40 znaków | Adres elektroniczny, na który można przekazywać informacje związane z problemami dotyczącymi komunikatu | |
| 1 | mz : dokument | | 1 | Dokument | | Element obejmujący wszystkie dane dotyczące przekazywanego dokumentu | |
| | | id | 1 | Identyfikator dokumentu | Litera D i 10 cyfr | Nadawany przez wysyłającego, unikalny u niego numer dokumentu, pozwalający na jednoznaczną identyfikację dokumentu | Ten sam identyfikator dokumentu obejmuje wszystkie fragmenty sprawozdania określonego poprzez numer i okres, którego dotyczy, w elemencie sprawozdanie. Fragmenty te mogą być przesyłane w odrębnych komunikatach |
| | | nr | 1 | Numer przesłania | Mumer (cyfry) [1] | Kolejny numer przesłania dokumentu o tym samym id | Pierwsze przesłanie dokumentu ze sprawozdaniem lub jego częścią za określony okres powinno mieć numer 1; przesłania o kolejnych numerach zawierają uzupełnienia lub korekty dokonywane przed "zamknięciem" bieżącego sprawozdania |
| | | zakres | 0-1 | Zakres danych | 1 duża litera [C] | Określenie, czy przekazywane dane | C - nowa całość dokumentu - należy |

| | | | | | | | |
|---|--------------|------|-----|-----------------|--|---|---|
| | | | | | stanowią nową całość dokumentu, czy jego fragmenty | zastąpić wszystkie dokumenty o mniejszych numerach nr i tym samym id (a więc dotyczących tego samego sprawozdania) całością aktualnego dokumentu; F - fragmenty - przekazane dane są uzupełnieniem lub korektą danych (niezamkniętego sprawozdania), przekazanych w poprzednich dokumentach o tym samym id | |
| | | tryb | 0-1 | Tryb przesłania | 1 duża litera [Z] | Określenie, czy przekazywane dane "zamykają" sprawozdanie (są ostatnim fragmentem danych dotyczących sprawozdania), czy też jeszcze nie zamykają go (N) | Po otrzymaniu wskaźnika "Z" odbiorca może traktować sprawozdanie jako kompletne (chyba że nadawca i odbiorca postanowią inaczej). Jeżeli pojawi się konieczność przesłania korekt, odbywa się to poprzez odrębne sprawozdanie korygujące (z nowym id dokumentu). Wskaźnik "N" oznacza, że przekazywanie danych dotyczących bieżącego sprawozdania będzie kontynuowane w kolejnych komunikatach o tym samym id dokumentu |
| | | data | 1 | Data dokumentu | RRRR-MM-DD | Data przygotowania dokumentu | |
| 2 | mz : nadawca | | 1 | Nadawca | | Dane nadawcy dokumentu | |

| | | | | | | | |
|---|-------------------|--------|-----|-------------------------------|-------------|--|--|
| | | | | dokumentu | | | |
| 3 | mz : podmiot | | 1 | Dane identyfikacyjne nadawcy | | Dane identyfikujące nadawcę | |
| | | typ | 0-1 | Typ symbolu | 1 cyfra [0] | Typ symbolu identyfikującego nadawcę | 0 - 9 pierwszych cyfr numeru REGON, 1 - 12 cyfr (9 cyfr REGON + 3 cyfry), 9 - inny symbol ustalony między nadawcą a odbiorcą |
| | | symbol | 1 | Symbol nadawcy | | Uzgodniony między nadawcą a odbiorcą symbol nadawcy | |
| 2 | mz : odbiorca | | 1 | Odbiorca dokumentu | | Dane odbiorcy dokumentu | |
| 3 | mz : podmiot | | 1 | Dane identyfikacyjne odbiorcy | | Dane identyfikujące odbiorcę | |
| | | typ | 0-1 | Typ symbolu | 1 cyfra [0] | Typ symbolu identyfikującego odbiorcę | 0 - 9 pierwszych cyfr numeru REGON, 1 - 12 cyfr (9 cyfr REGON + 3 cyfry), 9 - inny symbol ustalony między nadawcą a odbiorcą |
| | | symbol | 1 | Symbol odbiorcy | | Uzgodniony między nadawcą a odbiorcą symbol odbiorcy | |
| 2 | mz : sprawozdanie | | 1 | Sprawozdanie | | Zestaw danych objętych sprawozdaniem | |
| | | symbol | 1 | Symbol sprawozdania | Ciąg znaków | Uzgodniony między nadawcą i odbiorcą | |

| | | | | | | | |
|---|-------------------|---------|-----|---------------------------------|---------------------|---|--|
| | | | | | symbol sprawozdania | | |
| | | korekta | 0-1 | Wskaźnik korekty | 1 duża litera [S] | Wskaźnik informujący, czy jest to sprawozdanie okresowe (S), czy jego korekta (K) | Jeżeli jest to sprawozdanie korygujące, a więc dotyczące "zamkniętego" już sprawozdania okresowego, wskaźnik przyjmuje wartość "K" |
| | | data | 1 | Data sprawozdania | RRRR-MM-DD | Data przygotowania tej części sprawozdania | |
| 3 | mz : okres | | 1 | Okres sprawozdawczy | | Dane definiujące okres, którego dotyczy sprawozdanie | |
| | | typ | 1 | Typ okresu sprawozdawczego | 1 duża litera | Kod typu okresu sprawozdawczego, którego dotyczą przesyłane dane | R - rok, K - kwartał, M - miesiąc, P - pół miesiąca |
| | | rok | 1 | Rok | 4 cyfry | Rok, w którym zawarty jest okres sprawozdawczy | |
| | | nr | 1 | Numer okresu | Do 2 cyfr | Numer kolejny okresu w roku (np. dla połówek miesiąca 1-24) | |
| | | data-od | 1 | Początek okresu sprawozdawczego | RRRR-MM-DD | Data pierwszego dnia okresu sprawozdawczego | Dla celów kontrolnych |
| | | data-do | 1 | Koniec okresu sprawozdawczego | RRRR-MM-DD | Data ostatniego dnia okresu sprawozdawczego | Dla celów kontrolnych |
| 3 | mz : komórka -org | | 1 | Komórka sprawozdająca | | Dane identyfikujące aptekę, której dotyczy | Podany tu identyfikator apteki oznacza zarówno |

| | | | | | | |
|---|------------------|-------|-----|-----------------------|--------------------|---|
| | | | | | sprawozdanie | komórkę sprawozdającą, jak i komórkę, której dotyczą przekazane dane |
| | | regon | 1 | REGON | 9 cyfr | Pierwsze 9 cyfr numeru REGON (§ 2 ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia) |
| | | nr | 0-1 | Nr komórki | 3 cyfry [000] | Dodatkowy nr apteki (§ 2 ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia) |
| 2 | mz : pozycja | | 0-n | Pozycja dokumentu | | Zestaw danych opisujących pozycję dokumentu |
| | | id | 1 | Identyfikator pozycji | Litera P i 10 cyfr | Unikalny nr pozycji w ramach określonego sprawozdania okresowego |
| | | tryb | 0-1 | Tryb przesłania | 1 duża litera [D] | Określa, czy przesyłane dane mają być dopisane, usunięte, czy poprawione |
| | | | | | | D - dodanie pozycji; U - usunięcie pozycji; P - poprawienie pozycji dokumentu |
| 3 | mz : świadczenie | | 1 | Świadczenie | | Zestaw danych charakteryzujących świadczenie |
| | | typ | 0-1 | Typ świadczenia | 1 znak [0] | Dla komunikatu LEK świadczenie jest pojedynczą usługą medyczną rozumianą jako realizacja recepty |
| | | | | | | Stąła wartość "0" (atrybut może być pominięty); kod mówiący o realizacji recepty wpisywany jest przy danych o usłudze |

| | | | | | | | |
|---|----------------------|-------|-----|----------------------|---------------|---|--|
| 4 | mz : zlecenie | | 0-1 | Zlecenie | | Zestaw danych charakteryzujących fazę wystawiania recepty | |
| | | data | 1 | Data wystawienia | RRRR-MM-DD | Data wystawienia recepty (§ 2 ust. 1 pkt 17 rozporządzenia) | |
| 5 | mz : dokument - zlec | | 1 | Dokument zlecenia | | Dane precyzyjne rodzaj i nr recepty | |
| | | typ | 1 | Typ dokumentu | 1 znak | Kod typu recepty (§ 2 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia) | |
| | | nr | 0-1 | Numer dokumentu | 20 cyfr | Nr recepty (§ 2 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia) | Przekazywany tylko wtedy, gdy 20-cyfrowy nr recepty na 19. znaku ma wartość od 5 do 9 |
| | | pro | 0-1 | Tryb wydania recepty | 1 cyfra [0] | Określa, czy recepta została wydana z adnotacją pro auctore lub pro familia (§ 2 ust. 1 pkt 9 rozporządzenia) | 0 - w zwykłym trybie, 1 - z adnotacją pro auctore lub pro familia |
| 5 | mz : komórka -org | | 0-1 | Komórka zlecająca | | Dane identyfikujące podmiot upoważniony do wystawiania recepty | Może nie wystąpić, jeżeli nr recepty na 19. znaku ma wartość 5 lub 7 |
| | | regon | 1 | REGON | 9 cyfr | Pierwsze 9 cyfr numeru REGON (§ 2 ust. 1 pkt 18 rozporządzenia -człon I) | Jeżeli na recepcie występuje zamiast numeru REGON dziewięciocyfrowy numer 98... nadany przez Fundusz, to przekazuje się go w tym atrybucie |
| | | nr | 0-1 | Nr komórki | 3 cyfry [000] | Nr komórki organizacyjnej (§ 2 ust. 1 pkt 18 rozporządzenia -człon | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------|----------|-----|---|-------------|---|--|
| | | | | | | II) | |
| 5 | mz : lekarz | | 0-1 | Identyfikacja lekarza | | Dane dotyczące lekarza wystawiającego receptę | Może nie wystąpić, jeżeli nr recepty na 19. znaku ma wartość 6 lub 7 |
| | | nr | 1 | Numer identyfikacyjny | 7 cyfr | Nr prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej receptę (§ 2 ust. 1 pkt 19 rozporządzenia) | |
| 4 | mz : pacjent | | 1 | Pacjent | | Zestaw danych związanych z pacjentem, któremu wystawiono receptę | |
| 5 | mz : ubezpieczenie | | 1 | Ubezpieczenie | | | |
| | | kod-kasy | 1 | Kod oddziału wojewódzkiego Funduszu lub innego płatnika | 2 znaki | Identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu lub symbol państwa instytucji właściwej dla osoby korzystającej ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (§ 2 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia) | |
| 5 | mz : nr-pacjenta | | 0-1 | Numer identyfikujący pacjenta | | Dane identyfikujące pacjenta | Dla osób ubezpieczonych w Funduszu przekazywany tylko wtedy, jeżeli występuje na recepte w postaci kodu kreskowego Dla osób objętych przepisami o koordynacji przekazywany obowiązkowo. |
| | | typ | 0-1 | Typ numeru pacjenta | 1 cyfra [1] | Rodzaj numeru służącego do identyfikacji pacjenta | 1 - w przypadku numeru kuponu RUM 2 – w przypadku identyfikatorów osób objętych przepisami o koordynacji |

| | | | | | | | |
|---|------------------|---------|-----|--------------------------|----------------------------------|---|---|
| | | | | | | | |
| | | nr | 1 | Numer | 11 lub 20 cyfr | Numer potwierdzający identyfikację pacjenta (§ 2 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia) | W przypadku kuponów RUM – 20 znakowy numer kuponu W przypadku recept wydanych w ramach koordynacji – numer identyfikujący pacjenta występujący na odpowiednim dokumencie |
| 4 | mz : usługa | | 1 | Usługa | | Zestaw danych związanych z usługą realizacji recepty | |
| | | data | 1 | Data rozpoczęcia usługi | RRRR-MM-DD | Data przyjęcia recepty do realizacji (§ 2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia) | |
| | | data-do | 0-1 | Data zakończenia usługi | RRRR-MM-DD | Dla leków recepturowych data wydania leku (§ 2 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia), dla leków pozostałych - taka sama jak data przyjęcia do realizacji | |
| | | kod | 0-1 | Kod rejestrowy | 2 cyfry rozdzielone kropką [5.1] | Kod rejestrowy usługi | W przypadku realizacji recept zawsze wartość 5.1 (można pominąć atrybut) |
| | | nr | 1 | Numer rejestracji usługi | Do 4 cyfr | Numer recepty nadany w aptece w trakcie realizacji recepty (§ 2 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia) | |
| 5 | mz : autoryzacja | | 0-1 | Autoryzacja | | Zestaw danych służących do potwierdzenia wykonania usługi na rzecz pacjenta | |
| | | typ | 0-1 | Typ autoryzacji | 1 cyfra [0] | Rodzaj numeru autoryzacji | 0 dla obecnie wykorzystywanego 20-cyfrowego numeru z |

| | | | | | | | |
|---|--------------|-------------|-----|------------------|---|---|---|
| | | | | | | kuponu RUM (można pominąć atrybut) | |
| | | nr | 1 | Numer | 20 cyfr | Numer potwierdzający identyfikację pacjenta (§ 2 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia) | 20-znakowy numer, który na 19. znaku ma wartości od 0 do 4 |
| 5 | mz : lek | | 1-n | Lek na receptcie | | Zestaw danych charakteryzujących wydane leki (dla każdej pozycji przepisanej przez lekarza) | Może być do 5 leków na jednej receptcie |
| | | uprawnienie | 1 | Kod uprawnień | 1-3 znaki | Kod uprawnień pacjenta przyjęty przy wydaniu danego leku (§ 2 ust. 1 pkt 10 rozporządzenia) | Łączy uprawnienia dodatkowe i uprawnienia wynikające z istnienia choroby przewlekłej mogące wystąpić na receptcie równocześnie, przy czym zwykle konkretny lek taksowany jest na podstawie jednego konkretnego tytułu. W przypadku równoczesnego występowania uprawnień CNIIP lub DNIIP należy wpisać odpowiednio CNP i DNP |
| | | odpłatność | 1 | Kod odpłatności | 1 cyfra | Kod odpłatności za lek (§ 2 ust. 1 pkt 15 rozporządzenia) | Określa poziom odpłatności |
| | | refundacja | 1 | Refundacja | Liczba zawierająca dwie cyfry po kropce dziesiętnej | Kwota podlegająca refundacji (§ 2 ust. 1 pkt 16 rozporządzenia) | |
| 6 | mz : lek-ean | | 1-n | Opakowanie leku | | Zestaw danych opisujących wydane opakowania leku (różne kody EAN13) | Dla jednego przepisane go leku może być wiele różnych opakowań EAN13 |
| | | katalog | 1 | Rodzaj kodu | 1 cyfra | Określa, z jakim typem kodu leku mamy do czynienia (§ 2 ust. 1 | |

| | | | | | | |
|--|---------|-------------|--------------|---|--|--|
| | | | | | pkt 11 rozporządzenia) | |
| | kod | 0-1Kod leku | | 13 cyfr | Kod leku (EAN13) uwzględniający wielkość opakowania (§ 2 ust. 1 pkt 12 rozporządzenia) | Występuje, jeżeli został nadany |
| | ilość | 1 | Ilość leku | Liczba | Liczba wydanych opakowań leku o określonym kodzie EAN13 (§ 2 ust. 1 pkt 13 rozporządzenia) | Możliwość liczb ułamkowych do pięciu cyfr po kropce dziesiętnej z precyzją pięciu cyfr po kropce dziesiętnej |
| | wartość | 1 | Wartość leku | Liczba zawierająca dwie cyfry po kropce dziesiętnej | Wartość leku o tym kodzie EAN13 (§ 2 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia) | |

Objaśnienia:

- 1) RRRR-MM-DD jest formatem daty, w którym pierwsze cztery cyfry oznaczają rok, dwie następne - numer miesiąca w roku, a dwie ostatnie - numer dnia w miesiącu.
- 2) Sposób zapisu danych w strukturze określonej przez powyższe elementy i atrybuty jest zgodny z zasadami języka XML wersja 1.0.
- 3) Zmiany treści budowy komunikatu dotyczą:
 - W poziomie 0, wiersz „wersja” pole „Ograniczenia i inne zależności”;
 - W Poziomie 5, elemencie mz: ubezpieczenie, wierszu kod-kasy, pole „Nazwa”, „Format (wartość domyślna)” i „Opis”;
 - W Poziomie 5, elemencie mz: nr – pacjenta, we wszystkich trzech wierszach pola „Ograniczenia i inne zależności”.