



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
V kadencja

Druk nr 1932

SPRAWOZDANIE
KOMISJI ZDROWIA

o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk nr 1298) oraz rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 1490).

Marszałek Sejmu, zgodnie z art. 37 ust. 1 i art. 40 ust. 1 regulaminu Sejmu po zasięgnięciu opinii Prezydium Sejmu - skierował w dniu 11 stycznia 2007 r. projekt ustawy zawarty w druku nr 1298, a w dniu 13 marca 2007 r. projekt ustawy zawarty w druku nr 1490 do Komisji Zdrowia do pierwszego czytania.

Komisja Zdrowia po przeprowadzeniu pierwszego czytania oraz rozpatrzeniu tych projektów ustaw na posiedzeniach w dniach: 23 stycznia, 12 kwietnia oraz 3 i 4 lipca 2007 r.

wnosi:

W y s o k i S e j m uchwalić raczy załączony projekt ustawy.

Warszawa, dnia 4 lipca 2007 r.

Sprawozdawca

/-/Mieczysław Walkiewicz

Zastępca Przewodniczącej

Komisji

/-/Małgorzata Stryjska

Projekt

USTAWA
z dnia 2007 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw^{1), 2)}

Art. 1.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w ust. 1 po pkt 2 dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu”;

2) art. 3 otrzymuje brzmienie:

„Art. 3. 1. Ubezpieczonymi są:

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

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin, ustawę z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawę z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, ustawę z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary oraz ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

²⁾ Niniejsza ustawa dokonuje w zakresie swojej regulacji wdrożenia dyrektywy Rady 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. dotyczącej przejrzystości środków regulujących ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do użytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych (Dz.Urz. WE L 40 z 11.02.1989, str. 8; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 1, str. 345).

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824.

- 2) osoby nieposiadające obywatelstwa państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy pobytowej w celu wykonywania pracy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, 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), legalnie zamieszkujące na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)
- jeżeli podlegają zgodnie z art. 66 obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego albo ubezpieczają się dobrowolnie na zasadach określonych w art. 68;
- 4) osoby posiadające obywatelstwo państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), niezamieszkujące na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i są objęte:
 - a) ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.⁴⁾),
 - b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu

⁴⁾ 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, z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 121, poz. 1264, Nr 146, poz. 1546, Nr 173, poz. 1808, Nr 187, poz. 1925 i Nr 210, poz. 2135, z 2005 r. Nr 64, poz. 565, Nr 86, poz. 732, Nr 132, poz. 1110, Nr 143, poz. 1199 i 1202, Nr 150, poz. 1248, Nr 163, poz. 1362, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1412, Nr 183, poz. 1538, Nr 184, poz. 1539 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 157, poz. 1119, Nr 170, poz. 1217, Nr 220, poz. 1600 i Nr 227, poz. 1658.

społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.⁵⁾).

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) 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) i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3, a przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy, zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony, zezwolenia na osiedlenie się, zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich, zgody na pobyt tolerowany lub posiadający status uchodźcy nadany w Rzeczypospolitej Polskiej albo korzystający z ochrony czasowej na jej terytorium,
- 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) i niebędący osobami, o których mowa w ust. 1 pkt 3

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

- 5) członkowie rodzin osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, zamieszkujący na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), jeżeli nie są osobami podlegającymi obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i

⁵⁾ 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, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 228, poz. 2255 i Nr 229, poz. 2273, z 2004 r. Nr 91, poz. 873, Nr 146, poz. 1546 i Nr 236, poz. 2355, z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 150, poz. 1248 i Nr 163, poz. 1362 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 170, poz. 1217 i Nr 195, poz. 1437.

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. 66 ust. 1, z zastrzeżeniem art. 66 ust. 2 i 3.”;

3) w art. 5:

a) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza:

a) posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub

b) odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub

c) posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej

– udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;”;

b) po pkt 14 dodaje się pkt 14a w brzmieniu:

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

c) po pkt 15 dodaje się pkt 15a w brzmieniu:

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

d) pkt 20 otrzymuje brzmienie:

„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, z 2003 r. Nr 229, poz.

2273 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 873) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. Nr 229, poz. 2273, z 2004 r. Nr 42, poz. 386, Nr 148, poz. 1551 i Nr 162, poz. 1709 oraz z 2005 r. Nr 10, poz. 64), oraz osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy;”

e) pkt 23 otrzymuje brzmienie:

„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), a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;”

f) pkt 25 otrzymuje brzmienie:

„25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;”

g) pkt 28 otrzymuje brzmienie:

„28) położna podstawowej opieki zdrowotnej – położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub odbyła kurs kwalifikacyjny w

edukacji zdrowotnej, lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;”;

h) pkt 32 otrzymuje brzmienie:

„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 przemierzających się we Wspólnocie i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemierzających 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 oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń;”;

i) w pkt 41 lit. c otrzymuje brzmienie:

„c) państwową jednostkę budżetową, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 i Nr 169, poz. 1420 oraz z 2006 r. Nr 45, poz. 319 i Nr 104, poz. 708), tworzoną i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;”;

4) art. 10 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa;
- 2) ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego;
- 3) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na ten rok.

2. Informacje o programach zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 3, art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 8 pkt 1 i art. 9 pkt 1, zawierają w szczególności:
 - 1) nazwę programu zdrowotnego;
 - 2) określenie jednostki samorządu terytorialnego opracowującej, wdrażającej, realizującej i finansującej program zdrowotny;
 - 3) rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu zdrowotnego.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób oraz terminy przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzór dokumentu zawierającego te informacje, biorąc pod uwagę zakres danych określonych w ust. 2.”;

5) w art. 11:

a) w ust. 1:

– po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych w zakresie i na zasadach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 15 ust. 3 oraz innych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 181, poz. 1410), w stosunku do osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;”

– pkt 9 otrzymuje brzmienie:

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

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

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

1b. Narodowy Rachunek Zdrowia opracowywany jest na podstawie badań prowadzonych na zasadzie obowiązku w rozumieniu ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.⁶⁾).

1c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Główny Urząd Statystyczny, organy administracji rządo-

⁶⁾ 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, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362 oraz z 2006 r. Nr 170, poz. 1217.

wej, organy jednostek samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje podejmujące czynności w zakresie organizowania, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielają nieodpłatnie informacji koniecznych do obliczeń, o których mowa w ust. 1a.

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

c) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zatwierdzanie sprawozdania finansowego Funduszu, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, oraz przedkładanie sprawozdania wraz z opinią ministra właściwego do spraw zdrowia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia roku następującego po roku, którego to sprawozdanie dotyczy.”;

6) w art. 12:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego przez zakłady opieki zdrowotnej na podstawie:”,

b) uchyla się pkt 1;

7) po art. 12 dodaje się art. 12a w brzmieniu:

„Art. 12a. Przepisów ustawy, z wyłączeniem przepisów określających zasady i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej oraz przepisów określających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie stosuje się wobec osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.– Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.⁷⁾).”;

8) art. 13 otrzymuje brzmienie:

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

9) po art. 13 dodaje się art. 13a w brzmieniu:

⁷⁾ Zmiany wymienionej 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, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 142, poz. 1380 i Nr 179, poz. 1750, z 2004 r. Nr 93, poz. 889, Nr 210, poz. 2135, Nr 240, poz. 2405, Nr 243, poz. 2426 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1363 i Nr 178, poz. 1479 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i Nr 226, poz. 1648.

„Art. 13a. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:

1) udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3,

2) o których mowa w art. 12 pkt 2-5 i w art. 12a

– uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.”;

10) w art. 15 w ust. 2:

a) pkt 13 otrzymuje brzmienie:

„13) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze;”,

b) po pkt 13 dodaje się pkt 13a w brzmieniu:

„13a) opiekę paliatywną i hospicyjną;”;

11) w art. 16:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„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, orzecznictwa o niepełnosprawności lub uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego;”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

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

12) w art. 21:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

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

1) zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku szpitali;

2) kierownika świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w przypadku świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;

3) świadczeniodawcy – w przypadku innym niż określone w pkt 1 i 2.”;

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

„2a. W przypadku gdy zespół oceny przyjęć działa przy publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, rada społeczna, o której mowa w art. 44b i 44c ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, może wyznaczyć do zespołu oceny przyjęć swojego przedstawiciela wykonującego zawód medyczny i niebędącego zatrudnionym w tym zakładzie.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

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

d) w ust. 4 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

e) ust. 5-7 otrzymują brzmienie:

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

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

7. Jeżeli w zakładzie opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, działa zespół zarządzania jakością, spełniający warunki określone w ust. 2, wykonuje on zadania, o których mowa w ust. 4 i 5.”;

13) w art. 23 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informację zawierającą:

1) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;

2) listy oczekujących na udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, na podstawie umowy z Funduszem, obejmujące zakres przedmiotowy świadczeń oraz dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.”;

14) art. 25 otrzymuje brzmienie:

„Art. 25. 1. Fundusz finansuje koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, udzielonych zgodnie z przepisami o koordynacji, oraz wynikające z art. 26.

2. Prezes Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanym dalej „wnioskodawcą”, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, instytucji właściwej, instytucji

miejsca zamieszkania, instytucji miejsca pobytu lub instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej „podmiotem uprawnionym”, zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych albo kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w przypadkach o których mowa w przepisach o koordynacji.

3. Prezes Funduszu lub dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wydać wnioskodawcy, na wniosek podmiotu uprawnionego, zgodę na pokrycie kosztów transportu sanitarnego do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia lub gdy przewidywane koszty leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.
4. Decyzje, o których mowa w ust. 2 i 3, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku, o którym mowa w ust. 2 i 3,
 - 2) tryb pokrywania kosztów transportu, o którym mowa w ust. 3 – mając na względzie dobro wnioskodawcy oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania poza granicami kraju, a także gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.
6. 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, kierując się potrzebą właściwej realizacji przepisów o koordynacji.”;

15) art. 26 otrzymuje brzmienie:

„Art. 26. 1. Prezes Funduszu może na wniosek wnioskodawcy, o którym mowa w art. 25, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, skierować wnioskodawcę 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 wnioskodawcy.

2. W przypadkach określonych w ust. 1 Prezes Funduszu może wydać wnioskodawcy, na jego wniosek albo na wniosek jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, zgodę na pokrycie kosztów transportu sanitarnego do miejsca udzielenia świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej lub państwem członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.
3. Decyzje, o których mowa w ust. 1 i 2, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.
4. Koszty leczenia, badań diagnostycznych lub transportu sanitarnego wynikające z ust. 1 i 2 są finansowane z budżetu państwa.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw wewnętrznych, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1 i 2,
 - 2) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w ust. 1 i 2– mając na względzie dobro wnioskodawcy, a także zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju, a także gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.”;

16) po art. 34 dodaje się art. 34a w brzmieniu:

„Art. 34a. Lekarz lub felczer wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na receptę numer PESEL świadczeniobiorcy albo numer dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, a w razie jego braku – numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby.”;

17) w art. 36:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Leki nieposiadające pozwoleń na dopuszczenie 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 mogą być wydawane po wniesieniu przez świadczeniobiorcę opłaty ryczałtowej za opakowanie jednostkowe, pod warunkiem wydania zgody na refundację leku przez Prezesa Funduszu, który uwzględni w szczególności jego skuteczność kliniczną, bezpieczeństwo i cenę w porównaniu z lekami o tym samym wskazaniu terapeutycznym, posiadającymi pozwolenie na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”;

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

„4a. Prezes Funduszu rozpatruje wystąpienie o refundację leku, o którym mowa w ust. 4, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia wystąpienia o refundację tego leku przez wystawiającego zapotrzebowanie lub świadczeniobiorcę.

4b. Wystąpieniem o refundację leku, o którym mowa w ust. 4, jest złożenie przez wystawiającego zapotrzebowanie lub świadczeniobiorcę, potwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zapotrzebowania, o którym mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.”,

c) ust. 5 i 6 otrzymują brzmienie:

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

– biorąc pod uwagę stanowiska wyrażone przez 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, z późn. zm.⁸⁾), zwany dalej „Zespołem”, a także konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków oraz bezpieczeństwo ich stosowania, znaczenie leku w zwalczaniu chorób o znacznym zagrożeniu epidemiologicznym i cywilizacyjnym, wpływ leku na bezpośrednie koszty leczenia, a także możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

6. Wykazy, o których mowa w ust. 5 pkt 1, są aktualizowane nie rzadziej niż co 90 dni, jeżeli wpłynął co najmniej jeden kompletny wniosek, o którym mowa w art. 39 ust. 1, który nie został rozpatrzony negatywnie.”;

18) w art. 37 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„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) dla każdej z chorób, o których mowa w ust. 1, wykaz leków i wyrobów medycznych, które ze względu na choroby określone w wykazie, o któ-

⁸⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204, z 2003 r. Nr 137, poz. 1302 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 210, poz. 2135.

rym mowa w pkt 1, są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością

– biorąc pod uwagę stanowiska wyrażone przez Zespół, a także konieczność zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępność do leków i wyrobów medycznych, bezpieczeństwo ich stosowania oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

3. Wykazy, o których mowa w ust. 2, są aktualizowane nie rzadziej niż co 90 dni, jeżeli wpłynął co najmniej jeden kompletny wniosek, o którym mowa w art. 39 ust. 1, który nie został rozpatrzony negatywnie.”;

19) w art. 38:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Apteka ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku, innego niż lek przepisany na receptę, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej lub postaci farmaceutycznej zbliżonej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena nie przekracza limitu ceny. Apteka ma obowiązek posiadać ten lek.”,

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

„4a. Apteka ma obowiązek na żądanie świadczeniobiorcy wydać lek, którego cena jest niższa niż cena leku przepisanego na receptę. Nie dotyczy to sytuacji, w której wystawiający receptę dokonał odpowiedniej adnotacji na druku recepty, wskazując na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.

4b. Przepis ust. 4 i 4a stosuje się odpowiednio do wyrobów medycznych.”,

c) ust. 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5. Jeżeli w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, zamieszczono lek o nazwie międzynarodowej lub własnej, apteka może wydać, na zasadach określonych w art. 36 ust. 1, art. 37 ust. 1 i art. 43-46, również inny lek dopuszczony do obrotu, niezamieszczony w tych wykazach, a o tej samej nazwie międzynarodowej lub własnej, tej samej dawce, wielkości opakowania i drodze podania, 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, określi, w drodze rozporządzenia, limity cen leków posiadających tę samą nazwę międzynarodową oraz leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, a także wyrobów medycznych wymienionych w:

- 1) wykazach leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1,
- 2) wykazie leków i wyrobów medycznych, o którym mowa w art. 37 ust. 2 pkt 2

– uwzględniając w szczególności skuteczność i bezpieczeństwo ich stosowania, a także możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.”;

20) w art. 39:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Podmiot odpowiedzialny, przedstawiciel podmiotu odpowiedzialnego oraz importer równoległy, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, a także wytwórca wyrobów medycznych, jego autoryzowany przedstawiciel albo importer, w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565), zwani dalej „wnioskodawcą”, może przez pierwszych siedem dni każdego kwartału składać do ministra właściwego do spraw zdrowia wnioski o umieszczenie leków lub wyrobów medycznych w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2.”,

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

„1a. W przypadku złożenia wniosku w terminie późniejszym niż określony w ust. 1, wniosek ten jest zwracany wnioskodawcy.

1b. Wnioski są rozpatrywane według kolejności ich wpływu.

1c. Minister właściwy do spraw zdrowia, ustalając wykazy, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, może dokonywać, w drodze decyzji, weryfikacji pod względem zasadności pozostawiania leku lub wyrobu medycznego w określonym wykazie, na podstawie kryteriów, o których mowa w ust. 2 pkt 3-10, 12 i 13.

1d. Decyzja ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w ust. 1c, jest ostateczna. Od decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

1e. Dokonanie weryfikacji, o której mowa w ust. 1c, stanowi podstawę aktualizacji wykazów, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2.”,

c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) oznaczenie (firmę) wnioskodawcy, jego siedzibę i adres;
- 2) nazwę oraz szczegółowe informacje dotyczące leku lub wyrobu medycznego;
- 3) proponowaną cenę;
- 4) średnią cenę sprzedaży w Rzeczypospolitej Polskiej w ciągu ostatnich dwóch lat, w podziale na poszczególne lata, jeżeli dotyczy;
- 5) ceny w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej;
- 6) wielkość realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku, jeżeli dotyczy;

- 7) udowodnioną dostępność do leku lub wyrobu medycznego w chwili składania wniosku;
- 8) zobowiązanie do zapewnienia ciągłości dostaw, w przypadku umieszczenia leku lub wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2;
- 9) dzienny koszt terapii;
- 10) średni koszt i czas standardowej terapii;
- 11) numer pozwolenia oraz kopię decyzji dopuszczenia do obrotu, jeżeli dotyczy;
- 12) uzasadnienie wniosku i proponowanej ceny;
- 13) analizę skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej oraz analizę wpływu na ogólne koszty refundacji dla leku, którego substancja czynna nie jest umieszczona w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, oraz analizę wpływu na ogólne koszty refundacji dla leku, którego substancja czynna jest umieszczona w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, i dla jego odpowiednika.”,

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

- „2a. Złożenie wniosku, o którym mowa w ust. 1, podlega opłacie w kwocie 400 zł, która jest waloryzowana w każdym roku prognozowanym średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług ogółem, przyjętym w ustawie budżetowej.
- 2b. Uzupełnienie wniosku, o którym mowa w ust. 1, podlega opłacie w kwocie 200 zł, która jest waloryzowana w każdym roku prognozowanym średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług ogółem, przyjętym w ustawie budżetowej.
- 2c. Opłaty, o których mowa w ust. 2a i 2b, są wnoszone na rachunek urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i stanowią dochód budżetu państwa.”,

e) uchyla się ust. 5,

f) ust. 6 i 7 otrzymują brzmienie:

- „6. Wniosek rozpatruje się w ciągu 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 termin ten ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia danych. W przypadku gdy wniosek nie zawiera wymaganych danych, minister właściwy do spraw zdrowia niezwłocznie informuje wnioskodawcę o konieczności ich uzupełnienia w wyznaczonym terminie.
7. W przypadku gdy procedura umieszczenia leku lub wyrobu medycznego w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, występuje łącznie z rozpatrywaniem informacji lub wniosku o ustalenie ceny urzędowej, o których mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, łączny termin rozpatrywania wniosków lub informacji nie powinien przekroczyć 180 dni. W przypadku konieczności

uzupełnienia danych niezbędnych do rozpatrzenia wniosków łącznie lub w przypadku zwrócenia się wnioskodawcy do ministra właściwego do spraw zdrowia o ponowne rozpatrzenie wniosku, o którym mowa w ust. 1, bieg tego terminu ulega zawieszeniu odpowiednio do dnia otrzymania uzupełnienia danych albo do dnia otrzymania wniosku o ponowne rozpatrzenie albo upływu terminu do złożenia tego wniosku.”,

g) po ust. 7 dodaje się ust. 7a i 7b w brzmieniu:

„7a. W przypadku złożenia w okresie, w jakim dany wniosek o ustalenie ceny urzędowej powinien być rozpatrzony, wniosków w liczbie przekraczającej 10% przeciętnej liczby wniosków będących podstawą ustalenia poprzednich wykazów cen urzędowych, o których mowa w art. 5 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, termin jego rozpatrzenia może być jednorazowo przedłużony o 60 dni. W takim przypadku Zespół niezwłocznie informuje wnioskodawcę o przedłużeniu terminu, o którym mowa w ust. 6. Podstawą ustalenia przeciętnej liczby wniosków jest średnia liczba wniosków będących podstawą ustalenia trzech poprzednich wykazów cen urzędowych.

7b. Jeżeli wniosek w sprawie zmiany ceny dla leku lub wyrobu medycznego znajdującego się w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, nie zostanie rozpatrzony w terminie, o którym mowa w ust. 6, z uwzględnieniem ust. 7a, to wnioskowaną cenę uwzględnia się w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, zgodnie z art. 5 ust. 4c tej ustawy.”,

h) uchyla się ust. 8,

i) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1, sposób jego składania oraz format przekazywanych danych, z uwzględnieniem przepisów ust. 2, mając na względzie zapewnienie jednolitości zakresu i rodzaju danych.”;

21) po art. 39 dodaje się art. 39a-39c w brzmieniu:

„Art. 39a. 1. Tworzy się Rejestr Korzyści, zwany dalej „Rejestrem”.

2. W Rejestrze ujawniane są korzyści uzyskiwane przez członków grup i zespołów biorących udział w pracach nad przygotowaniem wykazów, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2.

3. Do Rejestru należy zgłaszać informacje o:

- 1) wszystkich pełnionych i zajmowanych stanowiskach i zajęciach, z tytułu których pobiera się wynagrodzenie, oraz pracy zawodowej wykonywanej na własny rachunek;
- 2) faktach materialnego wspierania działalności publicznej prowadzonej przez zgłaszającego informacje;
- 3) darowiznie, jeżeli jej wartość przekracza 20% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzę-

- du Statystycznego na podstawie art. 20 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.⁹⁾);
- 4) wyjazdach krajowych lub zagranicznych, jeżeli ich koszt nie został pokryty przez zgłaszającego informacje lub jego małżonka albo instytucje ich zatrudniające;
 - 5) innych uzyskanych korzyściach, o wartościach większych niż wskazane w pkt 3, niezwiązanych z zajmowaniem stanowisk lub wykonywaniem zajęć albo pracy zawodowej, o których mowa w pkt 1.
4. Do Rejestru należy także zgłaszać informacje o udziale w organach fundacji, spółek handlowych lub spółdzielni, nawet wówczas, gdy z tego tytułu nie pobiera się żadnych świadczeń pieniężnych.
 5. Przy podawaniu informacji zgłaszający informacje jest obowiązany zachować największą staranność i kierować się swoją najlepszą wiedzą.
 6. Informacje do Rejestru są zgłaszane za każdy rok kalendarzowy do dnia 31 stycznia roku następnego.
 7. Wszystkie zmiany informacji objętych Rejestrem należy zgłosić nie później niż w terminie 30 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących obowiązek zmiany informacji objętych Rejestrem.
 8. Nowo powołani członkowie grup i zespołów, o których mowa w ust. 2, zgłaszają informacje, o których mowa w ust. 3 i 4, w terminie 30 dni od dnia ich powołania, za okres 12 miesięcy poprzedzających dzień powołania.
 9. Rejestr jest jawny. Rejestr prowadzi minister właściwy do spraw zdrowia.
 10. Minister właściwy do spraw zdrowia raz w roku podaje do publicznej wiadomości w Biuletynie Informacji Publicznej informacje objęte Rejestrem.
 11. W przypadku niezgłoszenia informacji do Rejestru w terminie, o którym mowa w ust. 6 albo ust. 8, lub niezgłoszenia zmian danych objętych Rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 7, członka grupy albo zespołu, o których mowa w ust. 2, odwołuje się niezwłocznie.
 12. Informacje, o których mowa w ust. 3 i 4, obejmują również informacje o korzyściach uzyskanych przez małżonka członka grupy albo zespołu, o których mowa w ust. 2.

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252, Nr 121, poz. 1264, Nr 144, poz. 1530, Nr 191, poz. 1954, Nr 210, poz. 2135 i Nr 236, poz. 2355, z 2005 r. Nr 167, poz. 1397 i Nr 169, poz. 1412 i 1421 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 i Nr 208, poz. 1534.

13. Informacje, o których mowa w ust. 3 i 4, są przechowywane w Rejestrze przez 10 lat od dnia powołania członka grupy albo zespołu, o których mowa w ust. 2.

Art. 39b. 1. Osoby niebędące członkami grup lub zespołów, o których mowa w art. 39a ust. 2, przed przyjęciem zlecenia na przygotowanie ekspertyzy albo innego opracowania dla grupy lub zespołu, są obowiązane każdorazowo do złożenia do Rejestru oświadczenia zawierającego informacje, o których mowa w art. 39a ust. 3 i 4, za ostatnie 12 miesięcy poprzedzających złożenie oświadczenia.

2. Zlecenia można udzielić wyłącznie osobie, która złożyła oświadczenie, o którym mowa w ust. 1.

3. Do osób, o których mowa w ust. 1, przepisy art. 39a ust. 5, 10, 12 i 13 stosuje się odpowiednio.

Art. 39c. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) wzór zgłoszenia do Rejestru informacji, o których mowa w art. 39a ust. 3 i 4,

2) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 39b ust. 1,

3) sposób prowadzenia i wzór Rejestru

– mając na uwadze zakres niezbędnych danych zawartych w Rejestrze lub oświadczeniu.”;

22) art. 43 otrzymuje brzmienie:

„Art. 43. 1. Świadczeniobiorcy, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” i przedstawi legitymację „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, przysługuje bezpłatnie, do wysokości limitu, o którym mowa w art. 38 ust. 1, zaopatrzenie w leki objęte wykazami:

1) leków podstawowych i uzupełniających, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1,

2) leków, które świadczeniobiorca posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów

– na podstawie recepty wystawionej przez 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.

3. Osoba realizująca receptę jest obowiązana do odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz leków, które świadczeniobiorca posiadający tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu” może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów, uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony jego zdrowia, dostępność do leków, bezpieczeństwo ich stosowania oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.”;

23) w art. 44 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

- „5. Osoba realizująca receptę jest obowiązana odnotować na rewersie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.”;

24) w art. 45 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

- „5a. Osoba realizująca receptę jest obowiązana odnotować na rewersie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.”;

25) w art. 46:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

- „1. Inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki oznaczone symbolami „Rp” lub „Rpz”, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”;

b) dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

- „6. Osoba realizująca receptę jest obowiązana do odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.”;

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

- „Art. 47b. Osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatanci mają prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach.”;

27) w art. 48 ust. 4 i 5 otrzymują brzmienie:

- „4. W przypadku programów zdrowotnych realizowanych przez inne niż Fundusz podmioty, o których mowa w ust. 1, wyboru realizatora programu

zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, z zastrzeżeniem odrębnych przepisów.

5. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 4, podmiot, o którym mowa w ust. 1, ogłasza w swojej siedzibie i na swojej stronie internetowej co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu składania ofert.”;

28) art. 49 otrzymuje brzmienie:

„Art. 49. 1. Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiającym potwierdzanie wykonania świadczeń opieki zdrowotnej jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest kartą typu elektronicznego.

3. Karta ubezpieczenia zdrowotnego zawiera w szczególności następujące dane:

- 1) imię (imiona) i nazwisko;
- 2) datę urodzenia;
- 3) numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) dwuznakowy kod ISO 3166-1 dla Rzeczypospolitej Polskiej;
- 6) datę ważności karty;
- 7) numer identyfikacyjny karty.

4. Funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić również inny dokument typu elektronicznego, o ile zawiera dane wskazane w ust. 3 pkt 1-3 oraz spełnia funkcje, o których mowa w ust. 1.

5. Karta ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić funkcję Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

6. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest wydawana bezpłatnie. W przypadku utraty karty ubezpieczenia zdrowotnego za wydanie nowej karty pobiera się opłatę w wysokości 1,5 % minimalnego wynagrodzenia.

7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, zwolnić ubezpieczonego z obowiązku ponoszenia opłaty, o której mowa w ust. 6. Przepisy art. 109 i 110 stosuje się odpowiednio.

8. W przypadku posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego lub innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty lub dokumentu, osoba ta jest obowiązana do zwrotu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych po utracie prawa do tych świadczeń.

9. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz sposób jej wykonania, uwzględniając przepisy Unii Europejskiej w sprawie wzoru Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego,
- 2) wzór wniosku o wydanie karty ubezpieczenia zdrowotnego,
- 3) szczegółowy zakres danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz ich format,
- 4) tryb wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego

– uwzględniając konieczność identyfikacji ubezpieczonych, potwierdzania prawa ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej i elektronicznego potwierdzania wykonanych świadczeń, konieczność zapewnienia przejrzystości danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz sprawność postępowania w sprawie wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego.

10. Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 9, może także określać dokumenty mogące pełnić funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględniając możliwość potwierdzenia przez te dokumenty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcję potwierdzenia udzielenia tych świadczeń.”;

29) art. 51 otrzymuje brzmienie:

„Art. 51. 1. W celu potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcy lub osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zgodnie z przepisami o koordynacji, na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), oddział wojewódzki Funduszu wydaje Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego lub zaświadczenie o prawie do tych świadczeń.

2. Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, wydaje się na zasadach i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji.
3. Zaświadczenie określone w ust. 1 dla osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16 i art. 67 ust. 7, zamieszkałych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), wydaje Mazowiecki Oddział Wojewódzki Funduszu.
4. Przepisy wydane na podstawie art. 49 ust. 6 pkt 3 stosuje się odpowiednio.”;

30) art. 53 otrzymuje brzmienie:

„Art. 53. 1. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji jest poświadczenie wydawane

przez Fundusz lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń, wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą.

2. Jeżeli poświadczenie albo dokument, o których mowa w ust. 1, nie zostaną przedstawione w przypadku:

1) stanu nagłego,

2) porodu

– przepisy art. 50 ust. 2-4, 6, 8 i 9 stosuje się odpowiednio.”;

31) art. 54 otrzymuje brzmienie:

„Art. 54. 1. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo.

2. Decyzja, o której mowa w ust. 1, powinna zawierać numer PESEL.

3. 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;

4) stwierdzeniu braku okoliczności, o której mowa w art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu środowiskowego, o którym mowa w pkt 2.

4. Decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego – na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.

5. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może wszcząć postępowanie w celu wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, również z urzędu lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, z urzędu lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie kopię tej decyzji właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu.

7. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji, o której mowa w ust. 1, przysługuje przez okres 90 dni od dnia określonego w decyzji, którym jest:
 - 1) dzień złożenia wniosku,
 - 2) w przypadku udzielania świadczeń w stanie nagłym – dzień udzielenia świadczenia– chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.
8. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, z urzędu przez wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje od dnia określonego w decyzji przez okres 90 dni od tego dnia.
9. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 7 ust. 2, niezwłocznie stwierdza wygaśnięcie decyzji, o której mowa w ust. 1, w przypadku gdy w okresie, o którym mowa w ust. 7 i 8:
 - 1) świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym lub
 - 2) w przypadku wystąpienia okoliczności, o których mowa w ust. 10.
10. Świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 7 ust. 2, jest obowiązany niezwłocznie poinformować wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na swoje miejsce zamieszkania o:
 - 1) każdej zmianie w sytuacji dochodowej lub majątkowej;
 - 2) objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym.
11. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może upoważnić kierownika ośrodka pomocy społecznej do załatwiania spraw i wydawania decyzji w jego imieniu dotyczących potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej.
12. Przepisów ust. 1-11 nie stosuje się do medycznych czynności ratunkowych udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni przez jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w warunkach pozaszpitalnych.”;

32) w art. 57 w ust. 2 pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów;”;

33) po art. 63 dodaje się art. 63a-63c w brzmieniu:

„Art. 63a. 1. Osoby prowadzące obrót lekami lub wyrobami medycznymi oraz osoby świadczące usługi farmaceutyczne nie mogą przyjmować

korzyści majątkowej, jeżeli jej uzyskanie jest uzależnione bezpośrednio lub pośrednio:

- 1) od poziomu obrotu lekami lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych;
 - 2) od takich działań tych osób, które prowadzą albo mogą prowadzić do zwiększenia poziomu sprzedaży leków lub wyrobów medycznych podlegających refundacji ze środków publicznych.
2. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, felczer ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarz lub felczer niebędący lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, którzy posiadają uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarli z oddziałem wojewódzkim Funduszu umowę upoważniającą do wystawiania recept na leki podlegające refundacji ze środków publicznych, nie mogą przyjmować korzyści majątkowej, jeżeli jej uzyskanie jest uzależnione bezpośrednio lub pośrednio od takich działań tych osób, które prowadzą albo mogą prowadzić do zwiększenia poziomu sprzedaży leków lub wyrobów medycznych podlegających refundacji ze środków publicznych.
 3. Osoby zaopatrujące świadczeniodawcę w leki i wyroby medyczne oraz świadczeniodawcy nie mogą przyjmować korzyści majątkowej, jeżeli jej uzyskanie jest uzależnione bezpośrednio lub pośrednio od zakupu leku lub wyrobu medycznego podlegającego finansowaniu ze środków publicznych.
 4. Zabrania się oferowania, obiecywania lub udzielania korzyści, o których mowa w ust. 1-3.
- Art. 63b. 1. Kierownik apteki jest obowiązany, w ramach kontroli, o której mowa w art. 189, udostępnić podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w terminie określonym przez ten podmiot, informacje o treści każdej umowy, w tym także uzgodnienia dokonane w jakiegokolwiek formie, pomiędzy apteką a hurtownią farmaceutyczną, których celem jest nabycie leków lub wyrobów medycznych.
2. W razie stwierdzenia, na podstawie informacji, o których mowa w ust. 1, naruszenia przepisów art. 63a podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych niezwłocznie powiadamia o tym wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego i Głównego Inspektora Farmaceutycznego.
 3. Podmiot realizujący zaopatrzenie w zakresie środków pomocniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi jest obowiązany, w ramach kontroli, o której mowa w art. 64, udostępnić podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w terminie określonym przez ten podmiot, informacje o treści każdej umowy, w tym także uzgodnienia dokonane w jakiegokolwiek formie, pomiędzy podmiotem a dostawcą, których celem jest nabycie środków po-

mocniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi.

Art. 63c. 1. Przedsiębiorca zajmujący się wytwarzaniem lub obrotem lekami lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych nie może:

- 1) różnicować cen tych leków lub wyrobów medycznych w umowach z hurtowniami farmaceutycznymi, w tym także stosować uciążliwych lub niejednorodnych warunków tych umów;
- 2) uzależniać zawarcia umowy od przyjęcia lub spełnienia przez hurtownię farmaceutyczną innego świadczenia, niemającego rzeczowego ani zwyczajowego związku z przedmiotem umowy.

2. Czynności prawne sprzeczne z ust. 1 są w całości lub w odpowiedniej części nieważne.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się do umów zawieranych pomiędzy podmiotem realizującym zaopatrzenie w zakresie środków pomocniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi dostawcom tych środków i wyrobów.”;

34) w art. 64:

a) w ust. 1 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje pkt 5 w brzmieniu:

„5) dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Kontrolę dokumentacji medycznej oraz jakości i zasadności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może zlecić, w razie potrzeby, osobie posiadającej wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli, a w przypadku konieczności zbadania lub rozstrzygnięcia określonych zagadnień wymagających specjalnych kwalifikacji - powołać specjalistę w danej dziedzinie.”,

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

„5a. Osoba przeprowadzająca kontrolę, zwana dalej „kontrolerem”, może sporządzać lub zażądać od świadczeniodawcy sporządzenia niezbędnych odpisów lub wyciągów z dokumentów, jak również zestawień i obliczeń sporządzanych na podstawie dokumentów.

5b. Zgodność z oryginałami dokumentów, odpisów i wyciągów oraz zestawień i obliczeń, o których mowa w art. 5a, potwierdza świadczeniodawca lub osoba przez niego upoważniona. W przypadku odmowy, potwierdzenia dokonuje kontroler.”,

d) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Z przebiegu przeprowadzonej kontroli sporządza się protokół, który jest podpisywany przez kontrolera i świadczeniodawcę.”,

e) po ust. 6 dodaje się ust. 6a-6f w brzmieniu:

- „6a. Świadczeniodawca może w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli zgłosić na piśmie zastrzeżenia do tego protokołu.
- 6b. Zastrzeżenia do protokołu kontroli rozpatruje kontroler w terminie 14 dni. Kontroler dokonuje ich analizy i w miarę potrzeby podejmuje dodatkowe czynności kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadności zastrzeżeń zmienia lub uzupełnia odpowiednią część protokołu kontroli.
- 6c. W razie nieuwzględnienia zastrzeżeń w całości lub w części kontroler niezwłocznie przekazuje na piśmie swoje stanowisko zgłaszającemu zastrzeżenia.
- 6d. Świadczeniodawca może odmówić podpisania protokołu, składając w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania pisemne wyjaśnienie tej odmowy.
- 6e. O odmowie podpisania protokołu kontroli i złożeniu wyjaśnienia kontroler czyni wzmiankę w protokole.
- 6f. Odmowa podpisania protokołu przez świadczeniodawcę nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustaleń kontroli.”,

f) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

- „7. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych sporządza wystąpienie pokontrolne zawierające ocenę działalności kontrolowanego świadczeniodawcy i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia nieprawidłowości.”,

g) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

- „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 wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.”;

35) w art. 66:

a) w ust. 1:

– po pkt 15 dodaje się pkt 15a w brzmieniu:

- „15a) ławnicy sądowi niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;”,

– pkt 34 otrzymuje brzmienie:

- „34) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegający obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1-33 i 35;”,

– pkt 35 otrzymuje brzmienie:

- „35) członkowie rad nadzorczych posiadający miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny będącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 17-20, 26-28, 30 i 33.”;

36) w art. 68 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, pracownik przebywający na urlopie bezpłatnym lub osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, do której ma zastosowanie art. 13 ust. 2 lit. f rozporządzenia Rady (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 149 z 5.07.1971, str. 2, z późn. zm.; Dz.Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 1, str. 35), może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”;

37) w art. 69 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Pracownik korzystający z urlopu bezpłatnego traci prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu.”;

38) w art. 73:

a) pkt 17 otrzymuje brzmienie:

„17) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, powstaje z dniem powołania na członka rady nadzorczej, a wygasa w dniu zaprzestania pełnienia tej funkcji;”;

b) dodaje się pkt 18 w brzmieniu:

„18) ławników sądowych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, powstaje z dniem wyboru na stanowisko ławnika sądowego, a wygasa z dniem upływu kadencji lub wcześniejszego wygaśnięcia mandatu.”;

39) w art. 75:

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

„3a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego sąd, w którym ławnik pełni swoją funkcję.”;

b) ust. 17 otrzymuje brzmienie:

„17. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot, w którym działa rada nadzorcza.”;

40) w art. 77:

a) w ust. 2 po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) płeć;”;

b) w ust. 3 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, podmiot obowiązany do

zgłoszenia ubezpieczonego przesyła odpowiednio do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane wymienione w ust. 2 oraz następujące dane dotyczące członka rodziny:”;

41) w art. 80 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Rolnik prowadzący działalność w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników opłaca ponadto składki na ubezpieczenie zdrowotne od deklarowanej podstawy wymiaru składki:

- 1) odpowiadającej dochodowi ustalonemu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych, w kwocie nie niższej jednak niż kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia;
- 2) odpowiadającej minimalnemu wynagrodzeniu, w przypadku prowadzenia działalności niepodlegającej opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

3. Podstawą wymiaru składki dla rolnika, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 34, oraz dla domowników, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 34, jest kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia.”;

42) w art. 81 w ust. 8:

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

„1a) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, jest kwota uzyskiwanej diety;”;

b) pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24, jest kwota odpowiadająca wysokości pobieranego zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium, a w przypadku niepobierania przez bezrobotnego zasiłku lub stypendium – kwota odpowiadająca wysokości zasiłku dla bezrobotnych;”;

c) pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 25, jest kwota zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego, a w przypadku niepobierania zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego – kwota odpowiadająca wysokości świadczenia przedemerytalnego;”;

d) pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 35, jest kwota przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych otrzymywanego z tytułu pełnionej funkcji.”;

43) w art. 82 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku gdy w ramach jednego z tytułów do objęcia obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego wymienionych w art. 66 ust. 1 ubezpieczony uzyskuje więcej niż jeden przychód, składka na ubezpieczenie zdrowotne jest opłacana od każdego z uzyskanych przychodów odrębnie.”;

44) w art. 83 uchyla się ust. 4-6;

45) w art. 84 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Przy opłacaniu składki na ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczony wymieniony w ust. 2 podaje:

- 1) nazwisko i imię;
- 2) adres zamieszkania;
- 3) numer PESEL, a w przypadku jego nienadania - numer i serię innego dokumentu potwierdzającego tożsamość ubezpieczonego wymienionego w ust. 2 lub numer dokumentu potwierdzającego jego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji i, jeżeli nadano, numer NIP;
- 4) okres, którego dotyczy składka na ubezpieczenie zdrowotne.”;

46) w art. 85:

a) ust. 16 otrzymuje brzmienie:

„16. Za członka rady nadzorczej składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza podmiot, w którym działa rada nadzorcza.”,

b) dodaje się ust. 17 w brzmieniu:

„17. Za osobę, o której mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, składkę jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza sąd, w którym ławnik pełni swoją funkcję.”;

47) w art. 87:

a) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane o ubezpieczonych oraz zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego członkach rodzin ubezpieczonych, określone w art. 188 ust. 4 pkt 1, 7-9 i 13, oraz o opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i 3, i w imiennym raporcie miesięcznym, oraz o odsetkach za zwłokę, 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.”,

b) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7-10 i 13, zawarte w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i 3, po przeprowadzeniu ich weryfikacji polegającej na stwierdzeniu ich zgodności z danymi objętymi ewidencją PESEL.”,

c) po ust. 10 dodaje się ust. 10a i 10b w brzmieniu:

„10a. Do 10 dnia każdego miesiąca organ prowadzący centralną ewidencję PESEL przekazuje do centrali Funduszu w formie elektronicznej:

- 1) zbiór nowo nadanych w poprzednim miesiącu numerów PESEL i odpowiadające im: imiona, nazwiska i nazwiska rodowe oraz wskazanie rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość danej osoby;
- 2) zbiór zawierający numery PESEL i odpowiadające im imiona, nazwiska i nazwiska rodowe osób, których zgon został zgłoszony w poprzednim miesiącu;
- 3) informacje o zmianie danych objętych zbiorami, o których mowa w pkt 1 i 2.

10b. Format przekazywanych danych, o których mowa w ust. 10a, uzgadnia organ prowadzący ewidencję numerów PESEL i Fundusz.”;

48) w art. 97:

a) w ust. 3:

– po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, o których mowa w art. 12 pkt 2-4 i 6 oraz art. 13;”

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

„3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 26;”

b) po ust. 3 dodaje ust. 3a-3c w brzmieniu:

„3a. Do zadań Funduszu należy rozliczanie z instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA):

- 1) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a,
- 2) kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z wyłączeniem kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego

– w stosunku do osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a, obciąża Fundusz kosztami tych świadczeń oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadczeń wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje

na rachunek urzędu ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu.

- 3c. W przypadku rozliczania przez Fundusz kosztów medycznych czynności ratunkowych udzielonych osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji przez zespoły ratownictwa medycznego, Fundusz powiadamia właściwego wojewodę o należnościach przysługujących mu z tego tytułu. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu właściwego wojewody w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu. Przepisu nie stosuje się do lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”,

c) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

- „8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b, uwzględniającą koszty administracyjne.”;

49) w art. 99:

a) w ust. 1:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Rada Funduszu składa się z dziesięciu osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów, przy czym:”,

– w pkt 6 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje pkt 7 w brzmieniu:

„7) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.”,

b) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Członkowie Rady Funduszu nie mogą być jednocześnie:

- 1) pracownikami Funduszu;
- 2) świadczeniodawcami;
- 3) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 4) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 2 i 3;
- 5) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-8.”;

50) w art. 100 w ust. 1:

a) pkt 5 otrzymuje brzmienie:

- „5) podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu, a także podejmowanie uchwał w sprawach, o których mowa w art. 129 ust. 2;”,

b) po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:

„6a) dokonywanie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu;”;

51) w art. 102:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgnięcia opinii, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku Prezes Rady Ministrów powierza kierowanie Funduszem jednemu z zastępców Prezesa Funduszu i niezwłocznie informuje o odwołaniu Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.”,

b) w ust. 5:

– pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) przygotowywanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 3;”,

– pkt 11 otrzymuje brzmienie:

„11) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu, zawierających w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu;”,

– po pkt 21 dodaje się pkt 21a w brzmieniu:

„21a) przeprowadzanie kontroli, o której mowa w art. 64 i 189, jeżeli z uzyskanych informacji wynika konieczność przeprowadzenia takiej kontroli;”;

52) w art. 103:

a) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Prezes Funduszu i jego zastępcy nie mogą być jednocześnie:

- 1) członkami Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) pracownikami oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 3) świadczeniodawcami;
- 4) właścicielami lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 5) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty będące świadczeniodawcami oraz podmiotami, o których mowa w pkt 4;
- 6) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-8.”,

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

„6a. Do głównego księgowego Funduszu stosuje się odpowiednio przepisy ust. 6 pkt 2-5.”;

53) w art. 106 ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Członkowie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie mogą być jednocześnie:

- 1) dyrektorami oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz pracownikami oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) Prezesem Funduszu;
- 3) zastępcą Prezesa Funduszu;
- 4) pracownikami centrali Funduszu;
- 5) świadczeniodawcami;
- 6) właścicielami lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 7) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 5 i 6;
- 8) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-8.”;

54) w art. 107:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu kieruje oddziałem wojewódzkim Funduszu i reprezentuje Fundusz na zewnątrz w zakresie właściwości danego oddziału.”;

b) w ust. 5:

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) przygotowanie i przedstawienie radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu na rok następny;”;

– dodaje się pkt 20 w brzmieniu:

„20) zawieranie umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 68.”;

c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może być jednocześnie:

- 1) Prezesem Funduszu albo jego zastępcą;
- 2) głównym księgowym Funduszu;
- 3) pracownikiem centrali Funduszu;
- 4) świadczeniodawcą;
- 5) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;

6) posiadaczem akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty będące świadczeniodawcami oraz podmiotami, o których mowa w pkt 5;

7) osobą, o której mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-9.”;

55) w art. 109:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Wniosek o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w ust. 1, zgłasza ubezpieczony, a w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wniosek może zgłosić w szczególności Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub członek rodziny ubezpieczonego, także w zakresie dotyczącym objęcia ubezpieczeniem w okresie poprzedzającym złożenie wniosku.”,

b) dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. W sprawach, o których mowa w ust. 1, w zakresie nieregulowanym niniejszą ustawą, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.”;

56) w art. 112:

a) w ust. 1:

– pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;

2) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;”,

– dodaje się pkt 8 i 9 w brzmieniu:

„8) posłami, posłami do Parlamentu Europejskiego albo senatorami;

9) członkami Rady Funduszu oraz rad oddziałów wojewódzkich Funduszu.”,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Pracownicy Funduszu nie mogą bez zgody Prezesa Funduszu:

1) podejmować zatrudnienia u innego pracodawcy;

2) wykonywać działalności gospodarczej.”;

57) w art. 116 w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b;”;

58) w art. 117 w ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b;”;

59) art. 118 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 118. 1. Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.
2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:
- 1) planowanych kosztów dla centrali, w tym:
 - a) kosztów finansowania działalności centrali,
 - b) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji;
 - 2) planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym:
 - a) kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;
 - b) rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji;
 - 3) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.
3. Planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125, są dzielone pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, przy czym:
- 1) 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;
 - 2) wysokość środków określonych w pkt 1 koryguje się przez uwzględnienie:
 - a) wskaźnika wynikającego ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej,
 - b) wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju świadczeń wysokospecjalistycznych wykonanych dla ubezpieczonych zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu przez świadczeniodawców mających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z tym oddziałem wojewódzkim Funduszu, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem w roku poprzedzającym rok, w którym ten plan jest tworzony.
4. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3.

5. W planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3, tworzy się rezerwę ogólną w wysokości 1% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.
6. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”;

60) art. 120 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 120. 1. Prezes Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz z ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do dnia 15 czerwca sporządza coroczną prognozę przychodów na kolejne 3 lata.
2. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazują informację dotyczącą prognozowanych kosztów oddziałów w terminie do dnia 20 czerwca na podstawie prognozy, o której mowa w ust. 1.
 3. Prezes Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia w terminie do dnia 30 czerwca sporządza coroczną prognozę kosztów na kolejne 3 lata na podstawie informacji przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.
 4. Prezes Funduszu w terminie do dnia 5 lipca informuje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu o przewidywanych kosztach oddziałów wojewódzkich Funduszu.
 5. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich przekazują Prezesowi Funduszu w terminie do dnia 10 lipca projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.
 6. Prognozy, o których mowa w ust. 1 i 3, oraz projekty planów, o których mowa w ust. 5, są podstawą do sporządzenia projektu planu finansowego na rok następny.
 7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje udzielają nieodpłatnie Funduszowi informacji koniecznych do sporządzenia prognoz, o których mowa w ust. 1 i 3.”;

61) art. 121 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 121. 1. Prezes Funduszu opracowuje projekt planu finansowego Funduszu i przedstawia go, w celu zaopiniowania, w terminie do dnia 15 lipca roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan:
- 1) Radzie Funduszu;
 - 2) komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Niewydanie opinii, o których mowa w ust. 1, w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu planu finansowego jest równoznaczne z wydaniem pozytywnej opinii.
3. Prezes Funduszu po rozpatrzeniu opinii, o których mowa w ust. 1, jeżeli zostały wydane, sporządza plan finansowy Funduszu i przekazuje go wraz z tymi opiniami w terminie do dnia 1 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych zatwierdza plan finansowy Funduszu w terminie do dnia 14 sierpnia 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 zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych ustala, w drodze zarządzenia, plan finansowy Funduszu do dnia 14 sierpnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ten plan.”;

62) art. 124 otrzymuje brzmienie:

„Art. 124. 1. Zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu.

2. Zmiany planu finansowego Funduszu zatwierdzonego w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, może dokonać Prezes Funduszu. Przepisy art. 121 ust. 1-4 stosuje się odpowiednio.
3. Zmiany planu finansowego Funduszu ustalonego zgodnie z art. 121 ust. 5 albo art. 123 ust. 3 może dokonać minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych na uzasadniony wniosek Prezesa Funduszu. Do wniosku o zmianę planu dołącza się opinię Rady Funduszu, opinie komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Prezes Funduszu, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych, może dokonać przesunięcia kosztów w planie finansowym centrali Funduszu oraz przesunięcia kosztów w ramach kosztów administracyjnych w planie finansowym Funduszu, a także dokonać zmiany planu finansowego w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Funduszu, może dokonać przesunięcia kosztów w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej oraz uruchomić rezerwę, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. b, w planie finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy ogólnej po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych.
7. Prezes Funduszu podejmuje decyzje o uruchomieniu rezerw, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. b i c, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych.
8. Zmian planu finansowego Funduszu, o których mowa w ust. 1-3, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w art. 118.
9. Do zmian planu finansowego, o których mowa w ust. 4-7, oraz do zmiany planu finansowego wynikającej z art. 129 ust. 3 i 4 nie stosuje się przepisów art. 118 ust. 3 oraz art. 121.”;

63) art. 125 otrzymuje brzmienie:

„Art. 125. Przychody Funduszu:

- 1) nieujęte w planie finansowym ustalonym zgodnie z art. 121 ust. 3, ust. 5 albo z art. 123 ust. 3:
 - a) z tytułu nadwyżki przychodów nad kosztami korygującymi koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych,
 - b) z tytułu nadwyżki przychodów nad kosztami z działalności finansowej,
- 2) pochodzące z dotacji przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej
– w części dotyczącej oddziału wojewódzkiego Funduszu przeznaczają się na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w tym oddziale wojewódzkim Funduszu.”;

64) art. 126 otrzymuje brzmienie:

„Art. 126. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, podlega zatwierdzeniu przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu po przeprowadzeniu badania sprawozdania, o którym mowa w art. 128 ust. 4, przez biegłego rewidenta.”;

65) art. 129 otrzymuje brzmienie:

„Art. 129. 1. Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznaczają się na:

- 1) pokrycie strat z lat ubiegłych;
 - 2) fundusz zapasowy.
2. O pokryciu straty netto albo przeznaczeniu zysku netto decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych. Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właści-

wego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia odnośnie do sposobu podziału zysku netto lub pokrycia straty netto.

3. W przypadku przyjęcia przez Radę Funduszu uchwały przewidującej przeznaczenie zysku netto za dany rok obrotowy na fundusz zapasowy Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu finansowego na rok, w którym dokonuje się podziału zysku, przewidującej zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę nie większą niż wysokość funduszu zapasowego. W tym przypadku przepisu art. 118 ust. 1 nie stosuje się.
4. W przypadku zmiany planu finansowego Funduszu, o której mowa w ust. 3, przy ustalaniu wysokości środków przekazywanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu za dany rok obrotowy.
5. Przy stosowaniu art. 118 ust. 4 do planu finansowego na rok następny nie uwzględnia się środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu zgodnie z ust. 3 i 4.”;

66) w art. 130:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Prezes Funduszu, na podstawie sprawozdań, o których mowa w art. 126, sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu, nie później niż w ciągu 6 miesięcy od zakończenia roku, którego dotyczy sprawozdanie.”;

b) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:

„4. Niewydanie opinii, o których mowa w ust. 3, w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu sprawozdania jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnych.”;

67) w art. 135 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Fundusz realizuje zasadę jawności umów przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej informacji o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej z zawartej umowy, rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń albo rodzaju zakupionych świadczeń, liczby jednostek rozliczeniowych (miara przyjęta do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju, w szczególności: punkt, porada, osobodzień) wyrażających wartość świadczenia oraz cenę jednostki rozliczeniowej, a także maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów.”;

68) w art. 136:

a) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;”;

b) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;”;

69) po art. 136 dodaje się art. 136a w brzmieniu:

„Art. 136a. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres wykonywanych zadań.”;

70) w art. 137:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Prezes Funduszu, uwzględniając przepisy niniejszego działu oraz przepisy odrębne, przygotowuje projekt ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierający w szczególności rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, sposób wyceny, sposób finansowania oraz warunki ich udzielania.”;

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

„1a. Projekt, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy ustalania standardów postępowania i procedur medycznych, które są określane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie odrębnych przepisów.”;

c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Prezes Funduszu nie później niż do dnia 15 kwietnia przesyła projekt, o którym mowa w ust. 1, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców.”;

d) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Projekt, o którym mowa w ust. 1, podlega uzgodnieniu z podmiotami, o których mowa w ust. 2, w trybie negocjacji nie później niż do dnia 31 maja. Projekt uważa się za uzgodniony, jeżeli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach złożą pod nim własnoręczne podpisy.”;

e) ust. 10 otrzymuje brzmienie:

„10. W przypadku nieuzgodnienia projektu, o którym mowa w ust. 1, w terminie, o którym mowa w ust. 6, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się dobrem świadczeniobiorców

oraz koniecznością zapewnienia właściwej realizacji umów, a także biorąc pod uwagę treść ustalonych warunków projektu przekazanych przez Prezesa Funduszu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.”,

f) ust. 12 otrzymuje brzmienie:

„12. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, zmiana ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonywana jest w trybie określonym w ust. 1-9, nie częściej niż raz na 2 lata, z wyjątkiem zaistnienia istotnej zmiany uwarunkowań społeczno-gospodarczych udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub stwierdzonych nieprawidłowości w realizacji tych umów wynikających z przepisów wydanych na podstawie ust. 9.”;

71) w art. 146 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 i 3 w brzmieniu:

„2. Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii właściwych konsultantów krajowych.

3. Opinia, o której mowa w ust. 2, jest przekazywana przez konsultanta krajowego Prezesowi Funduszu w wyznaczonym przez niego terminie, nie krótszym jednak niż 14 dni. Nieprzedłożenie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.”;

72) w art. 149 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Odrzuca się ofertę:

- 1) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;
- 2) zawierającą nieprawdziwe informacje;
- 3) jeżeli świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;
- 5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;
- 6) jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną;
- 7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3;
- 8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym została rozwiązana przez oddział wojewódzki Funduszu prowadzący postępowanie umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.”;

73) w art. 150 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy:

- 1) nie wpłynęła żadna oferta;
- 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
- 3) odrzucono wszystkie oferty;
- 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
- 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć;
- 6) wystąpiła konieczność zmiany przez Prezesa Funduszu kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców, czego nie można było wcześniej przewidzieć.”;

74) w art. 153 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Komisja rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.”;

75) art. 154 otrzymuje brzmienie:

„Art. 154. 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

2. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

3. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

4. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

5. Świadczeniodawca wnosi odwołanie, o którym mowa w ust. 4, w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie, o którym mowa w ust. 4, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja Prezesa Funduszu podlega natychmiastowemu wykonaniu.

7. W przypadku uwzględnienia odwołania, o którym mowa w ust. 4, przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do ponownie przeprowadzanego postępowania stosuje się odpowiednio art. 144 pkt 1 oraz art. 145.

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

76) w art. 161:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Zażalenie, o którym mowa w ust. 1, składa się wraz z uzasadnieniem za pośrednictwem właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia dokonania czynności przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.”,

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

„2a. Prezes Funduszu, uwzględniając zażalenie w części lub w całości, nakłada na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w szczególności poprzez uchylenie czynności, której dotyczy zażalenie, i zawiadamia świadczeniodawcę w terminie 7 dni o uwzględnieniu zażalenia.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W przypadku nieuwzględnienia zażalenia przez Prezesa Funduszu w części lub całości, świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie.”,

d) po ust. 3 dodaje się ust. 3a-3c w brzmieniu:

„3a. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, świadczeniodawca może złożyć do Prezesa Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania stanowiska Prezesa na złożon przez świadczeniodawcę zażalenie.

3b. Wniosek o ponowne rozpatrzenie rozpatrywany jest przez Prezesa Funduszu w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.

3c. Zażalenie na ponowne rozpatrzenie wniosku nie przysługuje.”;

77) w art. 165:

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

„5) żądania udostępnienia przez podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 4, wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących refundacji leków.”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W razie stwierdzenia, na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień i dokumentów, o których mowa w ust. 1, przypadków naruszeń prawa, statutu Funduszu lub interesu świadczeniobiorców minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia odpowiednio Fundusz, świadczeniodawcę, podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, lub aptekę o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działal-

ności powiadamianego podmiotu do przepisów prawa, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów prawa.”,

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. W terminie 3 dni od dnia upływu terminu wyznaczonego do usunięcia nieprawidłowości Fundusz, świadczeniodawca, podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, lub apteka informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.”;

78) art. 167 otrzymuje brzmienie:

„Art. 167. 1. W przypadku naruszenia prawa, statutu Funduszu lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 128 ust. 5 i w art. 165 ust. 1 pkt 1-4, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na Prezesa Funduszu lub zastępcę Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, odpowiedzialnego za te naruszenia lub nieudzielanie wyjaśnień i informacji, karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę, niezależnie od innych środków nadzoru przewidzianych przepisami prawa.

2. W przypadku naruszenia prawa lub interesów świadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyjaśnień i informacji, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 5, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.”;

79) w art. 170 dotychczasowe brzmienie oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. W razie nieusunięcia przez aptekę w wyznaczonym terminie stwierdzonych nieprawidłowości minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego przeciętnego wynagrodzenia.”;

80) art. 171 otrzymuje brzmienie:

„Art. 171. 1. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 1-4, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez świadczeniodawcę lub podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na te podmioty karę pieniężną w wysokości do miesięcznej wartości umowy łączącej te podmioty z Funduszem, której dotyczą nieprawidłowości.

2. W przypadku stwierdzenia na podstawie uzyskanych informacji, wyjaśnień lub dokumentów, o których mowa w art. 165 ust. 1 pkt 5, rażącego naruszenia prawa lub rażącego naruszenia interesu świadczeniobiorców przez aptekę minister właściwy do spraw

zdrowia może nałożyć na aptekę karę pieniężną w wysokości do sześciokrotnego przeciętnego wynagrodzenia.”;

81) art. 172 otrzymuje brzmienie:

„Art. 172. W przypadkach określonych w art. 170 ust. 1 i art. 171 minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą albo podmiotem, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3.”;

82) w art. 173:

a) w ust. 1 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje pkt 4 w brzmieniu:

„4) aptek, w zakresie refundacji leków.”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia w upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli, zwaną dalej „kontrolerem.”,

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

„4a. Kontrolerzy, w zakresie ustalonym w upoważnieniu ministra właściwego do spraw zdrowia, mają prawo do:

- 1) wstępu do wszystkich pomieszczeń kontrolowanego podmiotu;
- 2) swobodnego dostępu do:
 - a) oddzielnego pomieszczenia biurowego, przeznaczonego wyłącznie na potrzeby wykonywania zadań przez kontrolera,
 - b) środków łączności;
- 3) wglądu do wszelkich dokumentów kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii, odpisów i wyciągów z tych dokumentów;
- 4) wglądu do danych zawartych w systemie informatycznym kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii lub wyciągów z tych danych, w tym w formie elektronicznej;
- 5) żądania wyjaśnień ustnych lub pisemnych od osób pozostających w stosunku pracy, zlecenia lub innym stosunku prawnym o podobnym charakterze z kontrolowanym podmiotem, w tym w formie elektronicznej;
- 6) żądania przekazania niezbędnych danych lub sporządzenia zestawień danych, w tym w formie elektronicznej;
- 7) zabezpieczenia dokumentów i innych dowodów.”,

d) uchyla się ust. 10;

83) po art. 179 dodaje się art. 179a w brzmieniu:

„Art. 179a. Przepisy art. 173-179 stosuje się do kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.”;

84) w art. 181 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W sprawach, o których mowa w art. 163 ust. 2, art. 164, art. 165 ust. 3, art. 167, art. 170 i 171, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.”;

85) art. 187 otrzymuje brzmienie:

„Art. 187. 1. Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, przyjęte przez Radę Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Funduszu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 sierpnia roku następnego, roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, o którym mowa w ust. 1, po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.”;

86) w art. 188:

a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu.”;

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

„1a. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, w celu:

- 1) rozliczania ze świadczeniodawcami;
- 2) rozliczania dotacji, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt 5;
- 3) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

1b. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3, w celu rozliczania kosztów refundacji leków.”;

c) w ust. 2 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz umów międzynarodowych w celu.”;

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

„2a. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych związanych z realizacją zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2 i 3a.”;

e) w ust. 3:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych:”

– dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-8.”

f) w ust. 4:

– uchyla się pkt 6,

– pkt 15 otrzymuje brzmienie:

„15) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 43 ust. 1, art. 44 ust. 1, art. 45 ust. 1 i art. 46 ust. 1, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy;”

– w pkt 21 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje pkt 22-27 w brzmieniu:

„22) data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;

23) data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;

24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne;

25) dane o płatniku składki na ubezpieczenie zdrowotne;

26) typ dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej;

27) data zgonu.”;

87) po art. 188 dodaje się art. 188a w brzmieniu:

„Art. 188a. W celu realizacji zadań określonych w ustawie Fundusz jest uprawniony do przetwarzania następujących danych osobowych osób udzielających świadczeń na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ubiegających się o zawarcie takich umów:

1) nazwisko i imię (imiona);

2) nazwisko rodowe;

3) numer PESEL;

4) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku osób, którym nadano ten numer;

5) dotyczących kompetencji zawodowych istotnych z punktu widzenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Funduszem.”;

88) w art. 190:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w dro-

dze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, 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.”,

b) uchyla się ust. 4;

89) po art. 192 dodaje się art. 192a w brzmieniu:

„Art. 192a. W celu potwierdzenia udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia może zwrócić się do świadczeniobiorcy o informację w zakresie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej.”;

90) w dziale IX dodaje się art. 192b i 192c w brzmieniu:

„Art. 192b. 1. Kto, prowadząc obrót lekami lub wyrobami medycznymi albo świadcząc usługi farmaceutyczne, albo posiadając upoważnienie do wystawiania recept na leki podlegające refundacji ze środków publicznych lub mając, z racji zajmowanego stanowiska lub pełnionej funkcji, istotny wpływ na podejmowanie decyzji związanych z zaopatrzeniem świadczeniodawcy w leki lub wyroby medyczne, przyjmuje korzyść majątkową albo jej obietnicę w zamian za zachowania mogące zwiększyć poziom sprzedaży leków lub wyrobów medycznych podlegających refundacji ze środków publicznych,

podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

2. Tej samej karze podlega, kto w przypadkach określonych w ust. 1 udziela lub obiecuje udzielić korzyści majątkowej.

3. W przypadku mniejszej wagi sprawca czynu określonego w ust. 1 lub 2

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

4. Nie podlega karze sprawca przestępstwa określonego w ust. 2 albo 3 w związku z ust. 2, jeżeli korzyść majątkowa albo jej obietnica zostały przyjęte, a sprawca zawiadomił o tym fakcie organ powołany do ścigania przestępstw i ujawnił wszystkie istotne okoliczności przestępstwa, zanim organ ten o nim się dowiedział.

Art. 192c. 1. Kto zajmując się wytwarzaniem lub obrotem lekami lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych różnicuje ceny tych leków i wyrobów medycznych w umowach z hurtowniami farmaceutycznymi, w tym także stosuje uciążliwe lub niejednolite warunki tych umów lub uzależnia zawarcie umowy od przyjęcia lub spełnienia przez hurtownię farmaceutyczną innego świadczenia, niemającego rzeczowego ani zwyczajowego związku z przedmiotem umowy,

podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

2. Tej samej karze podlega, kto w wypadkach określonych w ust. 1 udziela lub obiecuje udzielić korzyści majątkowej.
3. W przypadku mniejszej wagi sprawca czynu określonego w ust. 1 lub 2

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

4. Nie podlega karze sprawca przestępstwa określonego w ust. 2 albo 3 w związku z ust. 2, jeżeli korzyść majątkowa albo jej obietnica zostały przyjęte, a sprawca zawiadomił o tym fakcie organ powołany do ścigania przestępstw i ujawnił wszystkie istotne okoliczności przestępstwa, zanim organ ten o nim się dowiedział.”;

91) w załączniku w ust. 2:

a) w pkt 1 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) leczenie padaczki za pomocą implantacji stymulatora nerwu błędnego, z wyjątkiem przypadków, gdy jest to jedyna możliwa do zastosowania metoda terapeutyczna,”

b) w pkt 9 dodaje się lit. o-t w brzmieniu:

„o) raka jelita grubego w celu przedoperacyjnej oceny zaawansowania i wczesnego rozpoznania nawrotu,

p) raka przełyku celem oceny zaawansowania przed leczeniem i wczesnego wykrycia wznowy,

r) nowotworów głowy i szyi w celu wczesnego rozpoznania nawrotu,

s) złośliwych guzów mózgu celem wczesnego rozpoznania nawrotu dla określenia miejsca biopsji,

t) czerniaka w celu kwalifikacji do operacji guza pojedynczego, jeżeli w skali Clarka grubość zmiany przekracza 1,5 mm.”.

Art. 2.

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, z późn. zm.¹⁰⁾) uchyla się art. 17.

Art. 3.

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, z późn. zm.¹¹⁾) art. 18 otrzymuje brzmienie:

¹⁰⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 181, poz. 1515, z 2003 r. Nr 56, poz. 498 i Nr 210, poz. 2036, z 2004 r. Nr 121, poz. 1264, Nr 191, poz. 1954, Nr 210, poz. 2135 i Nr 281, poz. 2779 oraz z 2005 r. Nr 10, poz. 65.

„Art. 18. Kombatanci i inne osoby uprawnione korzystają z pierwszeństwa do środowiskowej opieki socjalnej w miejscu zamieszkania, w uzyskaniu miejsc w domach pomocy społecznej, w szczególności w domach przeznaczonych dla kombatantów.”.

Art. 4.

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.¹²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 54:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 5, 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.”,

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

„2b. Umowy, o których mowa w ust. 1 pkt 1, mogą być również zawierane przez zakład ubezpieczeń działający na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.¹³⁾).”;

2) w art. 67 dodaje się ust. 6-10 w brzmieniu:

„6. W razie poinformowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia o wystąpieniu okoliczności zagrażających zapewnieniu dostępu do określonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podmiot sprawujący nadzór nakłada na zakład opieki zdrowotnej obowiązek podjęcia w określonym czasie działań zmierzających do zapewnienia dostępu do tych świadczeń.

7. Podmiot sprawujący nadzór informuje ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdro-

¹¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 181, poz. 1515, z 2003 r. Nr 72, poz. 658, z 2004 r. Nr 46, poz. 444 i Nr 281, poz. 2779, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362 oraz z 2006 r. Nr 170, poz. 1217.

¹²⁾ 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, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 164, poz. 1365, Nr 169, poz. 1420, Nr 239, poz. 2020 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 518, Nr 143, poz. 1032, Nr 191, poz. 1410 i Nr 220, poz. 1600.

¹³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959 oraz z 2005 r. Nr 83, poz. 719, Nr 143, poz. 1204, Nr 167, poz. 1396, Nr 183, poz. 1538, Nr 184, poz. 1539 i Nr 157, poz. 1119.

wia właściwego ze względu na siedzibę zakładu opieki zdrowotnej o podjętych działaniach i stanie ich realizacji.

8. Wynagrodzenie za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 6, jest ustalane na poziomie wynagrodzenia wynikającego z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju świadczeń w poprzednim roku.
9. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 8, świadczeniodawca składa wniosek do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.
10. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 6, pokrywa oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, do wysokości środków przeznaczonych na ten cel w planie finansowym.”.

Art. 5.

W ustawie z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.¹⁴⁾) w art. 25 w ust. 1 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

- „3a) coroczne sporządzanie i publikowanie w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” Narodowego Rachunku Zdrowia za dany rok.”.

Art. 6.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 oraz z 2006 r. Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410 i Nr 220, poz. 1600) w art. 2 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

- „3. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.¹⁵⁾) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

¹⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554, Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362 oraz z 2006 r. Nr 170, poz. 1217.

¹⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433 i Nr 82, poz. 559.

Art. 7.

W ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 1997 r. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.¹⁶⁾) uchyla się art. 10.

Art. 8.

W ustawie z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050, z późn. zm.¹⁷⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz zawierający ceny urzędowe hurtowe i detaliczne w odniesieniu do produktów leczniczych i wyrobów medycznych określonych w ust. 1, biorąc pod uwagę stanowiska wyrażone przez Zespół, o którym mowa w art. 7 ust. 1, a także mając na względzie równowagę interesów konsumentów i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem i obrotem tymi produktami i wyrobami oraz biorąc pod uwagę możliwości płatnicze Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o kryteria ustalone w art. 7 ust. 3.”,

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

„4a. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz cen urzędowych hurtowych w odniesieniu do produktów leczniczych i wyrobów medycznych określonych w ust. 2, jeżeli nabywane są przez zakłady lecznictwa zamkniętego na zasadach określonych w art. 42 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.¹⁸⁾) lub bezpośrednio z hurtowni farmaceutycznej, mając na względzie równowagę interesów konsumentów i przedsiębiorców zajmujących się wytwarzaniem i obrotem tymi produktami i wyrobami oraz biorąc pod uwagę możliwości płatnicze Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o kryteria ustalone w art. 7 ust. 3 pkt 1-8.

¹⁶⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 117, poz. 756, z 2001 r. Nr 126, poz. 1382 oraz z 2003 r. Nr 223, poz. 2215.

¹⁷⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204, z 2003 r. Nr 137, poz. 1302, oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 210, poz. 2135.

¹⁸⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 69, poz. 625, Nr 91, poz. 877, Nr 92, poz. 882, Nr 93, poz. 896, Nr 173, poz. 1808, Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 94, poz. 787, Nr 163, poz. 1362, Nr 179, poz. 1485 i Nr 184, poz. 1539 oraz z 2006 r. Nr 170, poz. 1217, Nr 171, poz. 1225 i Nr 217, poz. 1588.

- 4b. Wykaz, o którym mowa w ust. 4, jest aktualizowany nie rzadziej niż co 90 dni, jeżeli wpłynął co najmniej jeden kompletny wniosek, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2.
- 4c. W przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w art. 39 ust. 7b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje niezwłocznie czynności w zakresie aktualizacji wykazu, o którym mowa w ust. 4.”;
- 2) w art. 6 po ust. 1 dodaje się ust. 1a-1c w brzmieniu:
- „1a. Złożenie wniosku lub informacji, o których mowa w ust. 1, podlega opłacie w kwocie 400 zł, która jest waloryzowana w każdym roku prognozowanym średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, przyjętym w ustawie budżetowej.
- 1b. Uzupelnienie wniosku lub informacji, o których mowa w ust. 1, podlega opłacie w kwocie 200 zł, która jest waloryzowana w każdym roku prognozowanym średniorocznym wskaźnikiem cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, przyjętym w ustawie budżetowej.
- 1c. Opłaty, o których mowa w ust. 1a i 1b, są wnoszone na rachunek urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia i stanowią dochód budżetu państwa.”;
- 3) w art. 7:
- a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. W skład Zespołu wchodzi po trzech przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw finansów publicznych i ministra właściwego do spraw gospodarki. W pracach Zespołu mogą uczestniczyć trzej przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia, wyłonieni w trybie określonym w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 4. Członkowie Zespołu, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej oraz osoby, z którymi członkowie Zespołu pozostają w stosunkach osobistych tego rodzaju, że mogłyby wywołać wątpliwości co do ich bezstronności, oraz osoby niebędące członkami Zespołu, którym zlecono przygotowanie ekspertyz i innych opracowań dla Zespołu, nie mogą być właścicielami, posiadać akcji lub udziałów oraz zasiadać w organach spółek i przedsiębiorstw zajmujących się wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.”;
- b) po ust. 7 dodaje się ust. 7a-7c w brzmieniu:
- „7a. Rozpatrując ponownie wniosek lub informację, o których mowa w art. 6 ust. 1, oraz wniosek, o którym mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia może:
- 1) ustalić ceny urzędowe leku albo wyrobu medycznego, umieszczając go w wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1,
- 2) odmówić ustalenia cen urzędowych leku albo wyrobu medycznego i nie umieścić go w wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1, biorąc pod uwagę możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego

do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz kryteria, o których mowa w art. 7 ust. 3,

3) zmienić ceny urzędowe leku albo wyrobu medycznego znajdującego się na wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1,

4) odmówić zmiany cen urzędowych leku albo wyrobu medycznego znajdującego się na wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1, biorąc pod uwagę możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz kryteria, o których mowa w art. 7 ust. 3.

7b. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję w przypadku, o którym mowa w ust. 7a pkt 2 i 4.

7c. Od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w ust. 7b, przysługuje skarga do sądu administracyjnego.”.

Art. 9.

W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.¹⁹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 28 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na podstawie pozwolenia, o którym mowa w art. 7 ust. 2, podlega wpisowi do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zwanego dalej „Rejestrem”.”;

2) w art. 103 w ust. 2 po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) apteka przekazuje, z wyłączeniem Inspekcji Farmaceutycznej i Narodowego Funduszu Zdrowia, dane umożliwiające identyfikację indywidualnego pacjenta, lekarza lub świadczeniodawcy.”.

Art. 10.

W ustawie z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. Nr 197, poz. 1661, z późn. zm.²⁰⁾) w art. 16 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) łapownictwa i płatnej protekcji, określone w:

a) art. 228-230a, art. 250a, art. 296a i art. 296b Kodeksu karnego,

¹⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 69, poz. 625, Nr 91, poz. 877, Nr 92, poz. 882, Nr 93, poz. 896, Nr 173, poz. 1808, Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 94, poz. 787, Nr 163, poz. 1362, Nr 179, poz. 1485 i Nr 184, poz. 1539 oraz z 2006 r. Nr 170, poz. 1217, Nr 171, poz. 1225 i Nr 217, poz. 1588.

²⁰⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 93, poz. 889, Nr 191, poz. 1956 i Nr 243, poz. 2442, z 2005 r. Nr 157, poz. 1316, Nr 178, poz. 1479, Nr 180, poz. 1492 i Nr 183, poz. 1538 oraz z 2006 r. Nr 120, poz. 826.

- b) art. 192a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.²¹⁾);”.

Art. 11.

W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410) uchyla się art. 7.

Art. 12.

1. Wnioski złożone do dnia 31 grudnia 2007 r. zgodnie z przepisami art. 25 i 26 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, rozpatrywane są zgodnie z trybem określonym w przepisach art. 25 i 26 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.
2. Wnioski, o których mowa w ust. 1, złożone do ministra właściwego do spraw zdrowia i nierozpatrzone przed dniem 31 grudnia 2007 r. zostaną niezwłocznie przekazane do rozpatrzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Art. 13.

1. Wnioskodawcy, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, którzy złożyli wnioski przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, są obowiązani w terminie 60 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy do uzupełnienia wniosków o dane wymienione w art. 39 ust. 2 pkt 7, 8 i 11 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.
2. W przypadku nieuzupełnienia wniosków w terminie określonym w ust. 1 stosuje się przepis art. 39 ust. 4 ustawy, o której mowa w art. 1.
3. Wnioski, o których mowa w ust. 1, uzupełnione o dane wymienione w art. 39 ust. 2 pkt 7, 8 i 11 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, są traktowane jako wnioski złożone pierwszego roboczego dnia pierwszego kwartału następującego po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.
4. Przepisów art. 39 ust. 2a-2c ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie stosuje się do wniosków złożonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy oraz do ich uzupełnień, o których mowa w ust. 1.

Art. 14.

1. Lekarz:

²¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824.

- 1) który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,
 - 2) inny niż wymieniony w pkt 1, udzielający nieprzerwanie przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej
- zachowuje po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Przerwanie udzielania świadczeń nie stanowi:
 - 1) nieudzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez okres krótszy niż 6 miesięcy;
 - 2) nieudzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż wskazany w pkt 1 w przypadkach przewidzianych w art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz w okresie urlopu wychowawczego (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267).
 3. Lekarz, który nie posiada wymaganego okresu doświadczenia zawodowego określonego w ust. 1 pkt 2, a który w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo będąc zatrudnionym lub wykonując zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, zachowuje prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej do dnia 31 grudnia 2017 r.
 4. Zaświadczenie potwierdzające posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie ust. 1 lub ust. 3 wydaje, na wniosek lekarza, właściwa okręgowa rada lekarska.

Art. 15.

1. Przepisy art. 118 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, tracą moc z dniem 31 grudnia 2007 r. w zakresie dotyczącym planu finansowego Funduszu na 2007 rok.
2. Przepisy art. 118 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, mają zastosowanie po raz pierwszy do planu finansowego Funduszu na rok 2008.
3. Przepisy art. 121 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, mają zastosowanie po raz pierwszy do planu finansowego Funduszu na rok 2009.

Art. 16.

Nie stosuje się art. 11 ust. 1a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, przy obliczeniu kosztów średnich za rok 2004 i 2005.

Art. 17.

Pierwszy członek Rady Narodowego Funduszu Zdrowia określony w art. 99 ust. 1 pkt 7 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jest powoływany w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 18.

Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie:

- 1) art. 13 ust. 4, art. 36 ust. 5, art. 37 ust. 2, art. 38 ust. 6, art. 39 ust. 9, art. 49 ust. 5, art. 137 ust. 10 i art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zachowują moc do dnia wejścia w życie nowych przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 13a, art. 36 ust. 5, art. 37 ust. 2, art. 38 ust. 6, art. 39 ust. 9, art. 49 ust. 9, art. 137 ust. 10 i art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą,
 - 2) art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach zachowują moc do czasu wejścia w życie nowych przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 i 4a ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą
- nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 19.

Przepisy art. 66 ust. 1 pkt 35, art. 73 pkt 17, art. 75 ust. 17, art. 77 ust. 3, art. 81 ust. 8 pkt 1a i 12, art. 82 ust. 2, art. 83, art. 84 ust. 3, art. 87 ust. 7 i 9 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustawa weszła w życie.

Art. 20.

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

- 1) art. 1 pkt 69, który wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy;
- 2) art. 1 pkt 13-15, 41, 42 lit. b i c, pkt 48 lit. a i c, pkt 57, 58 i 86 lit. d, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.;
- 3) art. 1 pkt 35 lit. b, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2009 r.



URZĄD
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ STANU

Ewa Ośniecka - Tamecka

Min.EOT/ 1614 /2007/DP/tlk

Warszawa, 05 07, 2007 r.

Pani
Małgorzata Stryjska
Wiceprzewodnicząca Komisji Zdrowia
Sejm Rzeczypospolitej Polskiej

Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej do sprawozdania Komisji Zdrowia o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o rządowym projekcie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 1932), 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) w związku z art. 42 ust. 4 i art. 54 ust. 1 Regulaminu Sejmu przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ewę Ośniecką-Tamecką, działającą z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej.

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W związku z przedłożonym sprawozdaniem Komisji Zdrowia o poselskim projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o rządowym projekcie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 1932), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

I. Projekt będący przedmiotem sprawozdania Komisji Zdrowia był już oceniany pod kątem zgodności z prawem Unii Europejskiej w opinii z dnia 4 stycznia br. (pismo nr Min. EOT/12/2007/mak/tlk). W stosunku do projektu ustawy będącego przedmiotem tej opinii wymieniono szereg zastrzeżeń dotyczących braku jego zgodności z przepisami prawa UE, w szczególności z art. 28 Traktatu o ustanowieniu Wspólnoty Europejskiej (TWE) i dyrektywą 89/105/EWG w sprawie przejrzystości cenowej. W opinii cytowano także szeroko orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich (TSWE).

II. Zmiany wprowadzone do projektu na etapie sejmowym nie usuwają żadnego z zastrzeżeń podniesionych w ww. opinii. Tym samym projekt ustawy nadal powoduje regres w zakresie stopnia zgodności ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z prawem UE. Regres ten jest przede wszystkim spowodowany usunięciem z obecnej ustawy art. 39 ust. 8 przewidującego szeroką możliwość składania skarg do sądu administracyjnego w stosunku do decyzji Ministra Zdrowia w sprawie refundacji cen leków (art. 1 zmiana 20 punkt h) w

sprawozdaniu Podkomisji Nadzwyczajnej z dnia 28 czerwca br. i Komisji z dnia 4 lipca br.). Projekt wprowadza, co prawda, w tej samej zmianie, w punkcie b), modyfikację art. 39 poprzez dodanie ustępu 1 d, który również przewiduje skargę do sądu administracyjnego na decyzję Ministra Zdrowia, jednakże możliwość ta dotyczy jedynie decyzji weryfikujących zasadność pozostawiania leku lub wyrobu medycznego w określonym wykazie. Tym samym możliwość ta nie dotyczy decyzji odmawiających umieszczenia leku lub wyrobu medycznego w wykazach ani decyzji umieszczających leki lub wyroby medyczne w wykazach, które w treści zawierają inne rozstrzygnięcie niż zawarte we wniosku.

III. Projekt ustawy będący przedmiotem sprawozdania Komisji Zdrowia zawiera, co do zasady, te same niezgodności z prawem UE, co projekt będący przedmiotem opinii z dnia 4 stycznia br. Do najistotniejszych przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzających lub utrzymujących sprzeczności z prawem UE należy zaliczyć:

- art. 25 (art. 1 zmiana 14 w sprawozdaniu Podkomisji Nadzwyczajnej i Komisji), który nie przewiduje możliwości finansowania przez Fundusz świadczeń ambulatoryjnych wykonywanych w państwach członkowskich UE / EOG, co pozostaje w sprzeczności z orzecznictwem TSWE, którego stosowanie w Polsce jest obowiązkowe;
- art. 36 ust. 4 (art. 1 zmiana 17 w sprawozdaniu Podkomisji Nadzwyczajnej i Komisji), który nie przewiduje wydawania decyzji administracyjnej przez Prezesa Funduszu w przypadku podejmowania decyzji w sprawie refundacji leków z tak zwanego importu docelowego oraz nie przewiduje możliwości złożenia skargi na tą decyzję do sądu administracyjnego, a tym samym pozostaje sprzeczny z orzecznictwem TSWE, zgodnie z którym każda decyzja refundacyjna powinna móc być przedmiotem środków zaskarżenia;
- art. 37 (art. 1 zmiana 18 w sprawozdaniu Podkomisji Nadzwyczajnej i Komisji), który utrzymuje zasadę, że rozstrzygnięcie w przedmiocie refundacji dokonywane jest za pomocą rozporządzenia a nie, jak nakazuje orzecznictwo TSWE, decyzji administracyjnej podlegającej skardze do sądu administracyjnego;
- art. 38 ust. 1 (przepis utrzymany) i 6 (art. 1 zmiana 19 c) w sprawozdaniu Podkomisji Nadzwyczajnej i Komisji), które wprowadzają limity cen leków zawartych w wykazach posiadających tę samą nazwę międzynarodową albo różne nazwy międzynarodowe, ale podobne działanie terapeutyczne, co jest sprzeczne z dyrektywą farmaceutyczną 2001/83/WE i ma potencjalnie charakter dyskryminujący i naruszający zasadę swobodnego przepływu towarów;
- art. 38 ust. 4 (art. 1 zmiana 19 w sprawozdaniu Podkomisji Nadzwyczajnej i Komisji), który dyskryminuje leki z importu równoległego w zakresie ich wydawania w aptekach oraz jest sprzeczny z ust. 5 tego samego przepisu oraz postanowieniami art. 2 ust. 7b) ustawy – Prawo farmaceutyczne wdrażającej postanowienia orzecznictwa TSWE w sprawie importu równoległego;
- art. 39 (art. 1 zmiana 20 w sprawozdaniu Podkomisji Nadzwyczajnej i Komisji) w związku z naruszeniem terminów na wydanie decyzji w sprawie refundacji przewidzianych w dyrektywie 89/105/EWG (ust. 1) oraz w związku ze wspomnianym wyżej wykreśleniem ust. 8 (punkt h) i zastąpieniem go niepełnym ust. 1d, a także w związku z zastosowaniem wymogu ciągłości dostaw w stosunku do leków z importu równoległego (ust. 2 pkt 8), co jest sprzeczne z orzecznictwem TSWE, i brakiem wprowadzenia zasady automatycznej refundacji leków z importu równoległego, co również jest sprzeczne z orzecznictwem TSWE.

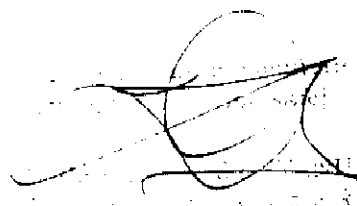
IV. Jednocześnie w art. 8 projektu stanowiącego załącznik do sprawozdania Komisji dotyczącym ustawy o cenach (art. 7 w sprawozdaniu Podkomisji Nadzwyczajnej) dokonano zmiany art. 7 tej ustawy wprowadzając nowe ustępy: 7a, 7b i 7c. Ustępy te dotyczą m.in. decyzji Ministra Zdrowia w sprawie ustalenia ceny leku refundowanego oraz możliwości złożenia skargi na tę decyzję do sądu administracyjnego. Ustęp 7b przewiduje jednak, że taka możliwość będzie istniała jedynie w odniesieniu do decyzji negatywnych. Nie przewidziano natomiast takiej możliwości w przypadku decyzji weryfikujących ceny lub decyzji ustalających ceny w sposób odmienny od złożonego wniosku. Tym samym możliwość skargi do sądu administracyjnego jest niepełna, co narusza orzecznictwo TSWE. W zakresie ustawy o cenach nie zastosowano zasady, zgodnie z którą każde ustalenie ceny produktu leczniczego powinno być dokonywane za pomocą podlegającej zaskarżeniu decyzji administracyjnej (podstawą jest, tak jak w przypadku refundacji, rozporządzenie Ministra Zdrowia). Nie wprowadzono także możliwości weryfikowania cen, tak jak to uczyniono w odniesieniu do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie weryfikacji zasadności pozostawania w wykazach, co czyni te ustawy niekompatybilnymi.

V. Ponadto, uprzejmie informuję, że naruszenie art. 28 TWE i dyrektywy 89/105/EWG w sprawie przejrzystości cenowej jest przedmiotem postępowań przeciwko Polsce prowadzonych przez Komisję Europejską w trybie art. 226 TWE, które mogą zakończyć się skierowaniem skarg do TSWE. Przedmiotem tych postępowań są m.in. zastrzeżenia wymienione powyżej. Jedna z planowanych uzasadnionych opinii w sprawach refundacyjnych została wydana pod koniec czerwca br. Wcześniej Komisja Europejska wystosowała zarzuty formalne w tych sprawach.

VI. Na zakończenie, zwracam uwagę na art. 188 a ustawy (art. 1 zmiana 87 w sprawozdaniu Komisji), który upoważnia Fundusz do przetwarzania danych osobowych osób udzielających świadczeń na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ubiegających się o zawarcie takich umów. Przepis ten w katalogu danych mogących być przedmiotem przetwarzania odnosi się do numeru PESEL, co powoduje, że dane osoby udzielającej świadczeń będącej obywatelem innego państwa nie zawsze będą mogły być przetwarzane. Sformułowanie „numer PESEL” można zastąpić następującym: „numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość”.

VII. W konkluzji stwierdzam, że projekt ustawy będący przedmiotem sprawozdania Komisji Zdrowia jest niezgodny z prawem UE.

Z poważaniem,



Do uprzejmej wiadomości:

Pan Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

Pan Andrzej Sośnierz
Prezes NFZ