

USTAWA

z dnia z dnia 24 sierpnia 2007 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>1), 2)</sup>

(Dz. U. z dnia 14 września 2007 r.)

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.<sup>3)</sup>) 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),

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. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, z późn. zm.<sup>4)</sup>),
- b) ubezpieczeniem społecznym rolników na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 1998 r. Nr 7, poz. 25, z późn. zm.<sup>5)</sup>).

2. Ubezpieczonymi są także:

- 1) studenci i uczestnicy studiów doktoranckich, którzy studiują w Rzeczypospolitej Polskiej, oraz absolwenci, którzy odbywają w Rzeczypospolitej Polskiej obowiązkową 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 juniory ci 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 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) posiadaj cego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
  - b) odbywaj cego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
  - c) posiadaj cego specjalizacj II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej  
- udzielaj cego wiadcze w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umow o udzielanie wiadcze opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u wiadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umow o udzielanie wiadcze podstawowej opieki zdrowotnej;"
- b) po pkt 14 dodaje si pkt 14a w brzmieniu:
- "14a) migracja ubezpieczonych - korzystanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do wiadcze opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, ze wiadcze opieki zdrowotnej udzielanych przez wiadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie wiadcze opieki zdrowotnej z innymi oddziałami wojewódzkimi Funduszu, lub nabywanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do wiadcze opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, leków i wyrobów medycznych, bezpłatnie, za opłat ryczałtów albo za cz ciow odpłatno ci , w aptekach działaj cych na terytorium innych oddziałów wojewódzkich Funduszu;"
- c) po pkt 15 dodaje si pkt 15a w brzmieniu:
- "15a) Narodowy Rachunek Zdrowia - zestawienie wszystkich wydatków na ochron zdrowia, uwzgl dniaj ce ródła finansowania ochrony zdrowia, dostawców usług medycznych oraz funkcje tych usług, oparte na zasadach przejrzysto ci i rzetelno ci gromadzonych danych;"
- d) pkt 20 otrzymuje brzmienie:
- "20) osoba pobieraj ca emerytur lub rent - osob obj t zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, pobieraj c rent socjaln albo rent strukturaln 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 rodków pochodz cych z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. Nr 229, poz. 2273, z pó n. zm.<sup>6)</sup>), oraz osob otrzymuj c emerytur lub rent z zagranicy;"
- e) pkt 23 otrzymuje brzmienie:
- "23) osoba uprawniona do wiadcze opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - osob , która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do wiadcze opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego ni Rzeczpospolita Polska pa stwa członkowskiego Unii Europejskiej lub pa stwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), a której przysługuj na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wiadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;"
- f) pkt 25 otrzymuje brzmienie:
- "25) piel gniarka podstawowej opieki zdrowotnej - piel gniark , która uko czyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie piel gniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, rodowiskowego, rodowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracuj cych,

rodowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, rodowiskowego, rodowiskowo-rodzinnego, przewlekłych chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, rodowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, rodowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, rodowiska 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, b d c świadczeniodawca, 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) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa: rodzinnego, rodowiskowego, rodowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, rodowiskowego, rodowiskowo-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 dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej udzielającej świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, b d c świadczeniodawca, 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 przemieszczających się we Wspólnocie i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz rozporządzeniem 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) państwowych jednostek budżetowych, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104, z późn. zm.<sup>7)</sup>), tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające 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 należą 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 wyspecjalistycznych 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 których pozostających 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, 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 obowiązkowej w rozumieniu ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.<sup>8)</sup>).
  - 1c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Główny Urząd Statystyczny, organy administracji rządowej, organy jednostek samorządu terytorialnego, władz wojewódzkich oraz inne instytucje podejmujące czynności w zakresie organizowania, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielają nieodpłatnie informacji koniecznych do obliczenia, o których mowa w ust. 1a.
  - 1d. Na potrzeby obliczenia, o których mowa w ust. 1a, przez świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego należą rozumie 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.<sup>9)</sup>.";
- 8) art. 13 otrzymuje brzmienie:
- "Art. 13. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczonym finansowane z budżetu państwa, chyba że przepisy odrębnie stanowi inaczej.";
- 9) po art. 13 dodaje się art. 13a w brzmieniu:
- "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, niezdolności 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 przy 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 przy 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 przy swojego przedstawiciela wykonującego tego 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 przy, 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 przy 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 przy wchodzi osoba, 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 zarządczy, 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. wiadczeniodawca, 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 wyspecjalizowanych, 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 świadczenia 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 właściwej w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), zwanym dalej "podmiotem uprawnionym", zgodną 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, zgodną na pokrycie kosztów transportu:

- 1) do miejsca udzielenia świadczenia w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - najtańszym rodzajem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia;
- 2) do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju - najtańszym rodzajem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, 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 Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Lekarskiej, określa, w drodze rozporządzenia, sposób i kryteria ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, uwzględniając aktualny stan, oparty na potwierdzonych dowodach naukowych, wiedzy i praktyki medycznej, kierując się potrzebami 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 niezbdno ci 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 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 rodzajem 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 wynikające z ust. 1 i 2 są finansowane z budżetu państwa.";

16) po art. 26 dodaje się art. 26a w brzmieniu:

"Art. 26a. 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 art. 25 ust. 2 i 3 oraz w art. 26 ust. 1 i 2,
- 2) tryb pokrywania kosztów, o których mowa w art. 25 ust. 3 i art. 26 ust. 1 i 2 - mając na względzie dobro wnioskodawcy oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju, a także gospodarność i celowość wydatkowania środków publicznych.";

17) w art. 36:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

"4. Leki nieposiadające pozwolenia 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 otrzymuj 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 sporządzeniu leków recepturowych,
- 5) ilość leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposób obliczania kosztu sporządzenia 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.<sup>10)</sup>), zwany dalej "Zespołem", a także konieczności zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępu do leków oraz bezpieczeństwa ich stosowania, znaczenie leku w zwalczaniu chorób o znacznym zagrożeniu epidemiologicznym i cywilizacyjnym, wpływ leku na bezpośrednio 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 wpływł 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 otrzymuj 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 którym mowa w pkt 1, są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za czciową odpłatnością

- biorąc pod uwagę stanowiska wyrażone przez Zespół, a także konieczności zapewnienia ochrony zdrowia społeczeństwa, dostępu do leków i wyrobów medycznych, bezpieczeństwa 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 wpływł 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 danie wiadzeniobiorcy 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 możliwość płatniczego podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń z rodków 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 "wnioskodawcy", mogą 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-1g 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.

- 1f. Po rozpatrzeniu wniosków, o których mowa w ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia zamieszcza na stronie internetowej urzędu obsługującego tego ministra właściwego do spraw zdrowia wysoko limitów cen leków i wyrobów medycznych w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2.
- 1g. Wnioskodawca może, w terminie 7 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej urzędu obsługującego tego ministra właściwego do spraw zdrowia wysoko limitów cen leków i wyrobów medycznych w wykazach, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1 i art. 37 ust. 2 pkt 2, zaproponować cenę nie wyższą niż cena określona we wniosku, o której mowa w ust. 2 pkt 3.",
- c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- "2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
- 1) oznaczenie (firm) wnioskodawcy, jego siedzib i adres;
  - 2) nazw oraz szczegółowe informacje dotyczące ce leku lub wyrobu medycznego;
  - 3) proponowane cen ;
  - 4) średni cen 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) wielko realizowanych dostaw w okresie poprzedzającym złożenie wniosku, jeżeli dotyczy;
  - 7) udowodnione dostępnosc 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 kopie decyzji dopuszczenia do obrotu, jeżeli dotyczy;
  - 12) uzasadnienie wniosku i proponowanej ceny;
  - 13) analiz skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej oraz analiz 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 analiz 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 tego ministra właściwego do spraw zdrowia i stanowi dochód budżetu państwa.",
- e) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- "3. Wnioski określone w ust. 1 rozpatruje Zespół.",
- f) uchyla się ust. 5,

g) ust. 6 i 7 otrzymuj 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 jednocześnie 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 jednocześnie 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."

h) 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 % przeciwnej 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 przeciwnej 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 znajdujących 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 wnioskodawca cen 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."

i) uchyla się ust. 8,

j) 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) darowi nie, jeżeli jej wartość przekracza 20 % przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w poprzednim roku kalendarzowym ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu 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.<sup>11)</sup>);
  - 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 wskazanych 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 najwyższą 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 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 o Rejestrze.
  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.
  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 także dorazowo do złożenia

do Rejestru o wiadczenia zawieraj cego informacje, o których mowa w art. 39a ust. 3 i 4, za ostatnie 12 miesi cy poprzedzaj cych zło enie o wiadczenia.

2. Zlecenia mo na udzieli wyl cznie osobie, która zło yła o wiadczenie, 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 si odpowiednio.

Art. 39c. Minister wla ciwy do spraw zdrowia okre li, w drodze rozporz dzenia:

- 1) wzór zgłoszenia do Rejestru informacji, o których mowa w art. 39a ust. 3 i 4,
  - 2) wzór o wiadczenia, o którym mowa w art. 39b ust. 1,
  - 3) sposób prowadzenia i wzór Rejestru
- maj c na uwadze zakres niezb dnych danych zawartych w Rejestrze lub o wiadczeniu.";

22) art. 43 otrzymuje brzmienie:

"Art. 43. 1. wiadzeniobiorcy, który posiada tytuł "Zasłu onego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłu onego Dawcy Przeszczepu" i przedstawi legitymacj "Zasłu onego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłu onego Dawcy Przeszczepu", przysługuje bezpłatnie, do wysoko ci limitu, o którym mowa w art. 38 ust. 1, zaopatrzenie w leki obj te wykazami:

- 1) leków podstawowych i uzupełniaj cych, o których mowa w art. 36 ust. 5 pkt 1,
  - 2) leków, które wiadzeniobiorca posiadaj cy tytuł "Zasłu onego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłu onego Dawcy Przeszczepu" mo e stosowa w zwi zku z oddawaniem krwi lub w zwi zku z oddawaniem szpiku lub innych regeneruj cych si komórek i tkanek albo narz dów - na podstawie recepty wystawionej przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub lekarza albo felczera nieb d cego lekarzem albo felczere m ubezpieczenia zdrowotnego, je eli posiada uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z oddziałem wojewódzkim Funduszu umow upowa niaj c go do wystawiania takich recept.
2. Osoba przedstawiaj ca recept do realizacji jest obowi zana do okazania dokumentu, o którym mowa w ust. 1.
  3. Osoba realizuj ca recept jest obowi zana do odnotowania na rewersie recepty numeru i rodzaju dokumentu potwierdzaj cego uprawnienia, o których mowa w ust. 1.
  4. Minister wla ciwy do spraw zdrowia, po zasi gni ciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, okre li, w drodze rozporz dzenia, wykaz leków, które wiadzeniobiorca posiadaj cy tytuł "Zasłu onego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłu onego Dawcy Przeszczepu" mo e stosowa w zwi zku z oddawaniem krwi lub w zwi zku z oddawaniem szpiku lub innych regeneruj cych si komórek i tkanek albo narz dów, uwzgl dniaj c w szczególno ci konieczno zapewnienia ochrony jego zdrowia, dost pno do leków, bezpiecze stwo ich stosowania oraz mo liwo ci płatnicze podmiotu zobowi zanego dofinansowania wiadcze opieki zdrowotnej ze rodków publicznych.";

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

"5. Osoba realizuj ca recept jest obowi zana odnotowa na rewersie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzaj cego 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. 47b dodaje się art. 47c w brzmieniu:

"Art. 47c. Osoby, o których mowa w art. 43 ust. 1, inwalidzi wojenni i wojskowi oraz kombatancki mają prawo do korzystania poza kolejnością z 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 umożliwiający potwierdzenie 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 (imię) i nazwisko;

2) datę urodzenia;

3) numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL - numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego to samo;

4) numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczenia zdrowotnego;

5) dwuznakowy kod ISO 3166-1 dla Rzeczypospolitej Polskiej;

6) datę ważności karty;

7) numer identyfikacyjny karty.

4. Funkcja 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 opłat 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 wiodzeniobiorcy 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 za świadczenie o prawie do tych świadczeń.
2. Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego i za świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wydaje się na zasadach i w zakresie określonych w przepisach o koordynacji.
  3. Za świadczenie 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. 9 pkt 4 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 po wiadczenie wydawane przez Fundusz lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń, wystawiony przez zagraniczną instytucję władz.

2. Jeżeli po świadczenie 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 świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy władz ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzająca to prawo.

2. Decyzja, o której mowa w ust. 1, powinna zawierać numer PESEL świadczeniobiorcy.
3. Decyzja, 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 rodowiskowego;
  - 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 których mowa w art. 12 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w wyniku przeprowadzenia rodzinnego wywiadu rodowiskowego, o którym mowa w pkt 2.
4. Decyzja, o której mowa w ust. 1, wydaje się na wniosek świadczeniobiorcy, a w przypadku stanu nagłego - na wniosek świadczeniodawcy udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożyć niezwłocznie po udzieleniu świadczenia.
5. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy władz 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 władz oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. W przypadku wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, z urzędu lub na wniosek władz oddziału wojewódzkiego Funduszu wójt (burmistrz, prezydent) gminy władz ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie kopię tej decyzji władz oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu.
7. Prawo do świadczenia 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 urz du przez wójta (burmistrza, prezydenta) gminy wła ciwej ze wzgl du na miejsce zamieszkania wiadczeniobiorcy, prawo do wiadcze opieki zdrowotnej przysługuje od dnia okre lonego w decyzji przez okres 90 dni od tego dnia.
  9. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy wła ciwej ze wzgl du na miejsce zamieszkania wiadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 7 ust. 2, niezwłocznie stwierdza wyga ni cie decyzji, o której mowa w ust. 1, w przypadku gdy w okresie, o którym mowa w ust. 7 i 8:
    - 1) wiadczeniobiorca zostanie obj ty ubezpieczeniem zdrowotnym lub
    - 2) w przypadku wyst pienia okoliczno ci, o których mowa w ust. 10.
  10. wiadczeniobiorca, o którym mowa w art. 7 ust. 2, jest obowi zany niezwłocznie poinformowa wójta (burmistrza, prezydenta) gminy wła ciwej ze wzgl du na swoje miejsce zamieszkania o:
    - 1) ka dej zmianie w sytuacji dochodowej lub maj tkowej;
    - 2) obj ciu ubezpieczeniem zdrowotnym.
  11. Wójt (burmistrz, prezydent) gminy wła ciwej ze wzgl du na miejsce zamieszkania wiadczeniobiorcy mo e upowa ni kierownika o rodka pomocy społecznej do załatwiania spraw i wydawania decyzji w jego imieniu dotycz cych potwierdzania prawa do wiadcze opieki zdrowotnej.
  12. Przepisów ust. 1-11 nie stosuje si do medycznych czynno ci ratunkowych udzielanych wiadczeniobiorcom innym ni ubezpieczeni przez jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 wrze nia 2006 r. o Pa stwowym 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 si art. 63a-63c w brzmieniu:  
"Art. 63a. 1. Osoby prowadz ce obrót lekami lub wyrobami medycznymi oraz osoby wiadcz ce usługi farmaceutyczne nie mog da lub przyjmowa nieuzasadnionej korzy ci maj tkowej dla siebie lub osoby trzeciej, w zamian za wykonanie lub powstrzymanie si od wykonania obowi zku słu bowego, je eli jej uzyskanie jest uzale nione bezpo rednio lub po rednio:
  - 1) od poziomu obrotu lekami lub wyrobami medycznymi podlegaj cymi refundacji ze rodków publicznych;
  - 2) od takich działa tych osób, które prowadz do zwi kszenia poziomu sprzeda y leków lub wyrobów medycznych podlegaj cych refundacji ze rodków publicznych.
2. Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, felczer ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarz lub felczer nieb d cy lekarzem albo felczerem ubezpieczenia zdrowotnego, którzy posiadaj uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarli z oddziałem wojewódzkim Funduszu umow upowa niaj c do wystawiania recept na leki podlegaj ce refundacji ze rodków publicznych, nie mog da lub przyjmowa nieuzasadnionej korzy ci maj tkowej dla siebie lub osoby trzeciej, w zamian za wykonanie lub powstrzymanie si od wykonania obowi zku słu bowego, które prowadz do zwi kszenia poziomu sprzeda y leków lub wyrobów medycznych podlegaj cych refundacji ze rodków publicznych.

3. Osoby zaopatrujące świadczeniodawcę w leki i wyroby medyczne oraz świadczeniodawcy nie mogą lub przyjmować nieuzasadnionej korzyści majątkowej dla siebie lub osoby trzeciej, w zamian za wykonanie lub powstrzymanie się od wykonania obowiązku służbowego, jeżeli jej uzyskanie jest uzależnione 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 świadczenia 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 świadczenia 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 świadczenia 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 pomocniczych 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 uciłliwych lub niejednorodnych warunków tych umów;
  - 2) uzależnić 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 a dostawcą 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 świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.",

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

"4. Kontroler dokumentacji medycznej oraz jako ci i zasadno ci udzielanych wiadcze opieki zdrowotnej podmiot zobowi zany do finansowania wiadcze ze rodków publicznych mo e zleci , w razie potrzeby, osobie posiadaj cej wykształcenie medyczne odpowiadaj ce zakresowi prowadzonej kontroli, a w przypadku konieczno ci zbadania lub rozstrzygni cia okre lonych zagadnie wymagaj cych specjalnych kwalifikacji - powoła specjalist w danej dziedzinie.",

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

"5a. Osoba przeprowadzaj ca kontrol , zwana dalej "kontrolerem", mo e sporz dza lub za da od wiadczeniodawcy sporz dzenia niezbd nych odpisów lub wyci gów z dokumentów, jak równie zestawie i oblicze sporz dzanych na podstawie dokumentów.

5b. Zgodno z oryginałami dokumentów, odpisów i wyci gów oraz zestawie i oblicze , o których mowa w art. 5a, potwierdza wiadczeniodawca lub osoba przez niego upowa niona. W przypadku odmowy, potwierdzenia dokonuje kontroler.",

d) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

"6. Z przebiegu przeprowadzonej kontroli sporz dza si protokół, który jest podpisywany przez kontrolera i wiadczeniodawc .",

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

"6a. wiadczeniodawca mo e w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu kontroli zgłosi na pi mie zastrze enia do tego protokołu.

6b. Zastrze enia do protokołu kontroli rozpatruje kontroler w terminie 14 dni. Kontroler dokonuje ich analizy i w miar potrzeby podejmuje dodatkowe czynno ci kontrolne, a w przypadku stwierdzenia zasadno ci zastrze e zmienia lub uzupe nia odpowiedni cz protokołu kontroli.

6c. W razie nieuwzgl dnienia zastrze e w cało ci lub w cz ci kontroler niezwłocznie przekazuje na pi mie swoje stanowisko zgłaszaj cemu zastrze enia.

6d. wiadczeniodawca mo e odmówi podpisania protokołu, składaj c w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania pisemne wyja nienie tej odmowy.

6e. O odmowie podpisania protokołu kontroli i zło eniu wyja nienia kontroler czyni wzmiank w protokole.

6f. Odmowa podpisania protokołu przez wiadczeniodawc nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez kontrolera i realizacji ustale kontroli.",

f) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

"7. Podmiot zobowi zany do finansowania wiadcze ze rodków publicznych sporz dza wyst pienie pokontrolne zawieraj ce ocen działalno ci kontrolowanego wiadczeniodawcy i zalecenia pokontrolne w razie stwierdzenia nieprawidłowo ci.",

g) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

"9. wiadczeniodawca jest obowi zany, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wyst pienia pokontrolnego albo od dnia otrzymania informacji o nieuwzgl dnieniu zastrze e , do poinformowania podmiotu zobowi zanego do finansowania wiadcze ze rodków publicznych o sposobie wykonania zalece pokontrolnych oraz o podj tych działaniach lub przyczynach niepodj cia tych działań .";

35) w art. 66:

a) w ust. 1:

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

- "15a) ławnicy s dowi niepodlegaj cy obowi zkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;"
- pkt 34 otrzymuje brzmienie:

"34) rolnicy i ich domownicy, którzy nie podlegaj ubezpieczeniu społecznemu rolników z mocy ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, niepodlegaj cy obowi zkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie pkt 1-33 i 35;"
  - pkt 35 otrzymuje brzmienie:

"35) członkowie rad nadzorczych posiadaj cy miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej."
- b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- "2. Status członka rodziny osoby ubezpieczonej oraz status członka rodziny b d tego osob uprawnion do wiadcze opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji zwalnia z obowi zku 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 przebywaj cy na urlopie bezpłatnym lub osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, do której ma zastosowanie art. 13 ust. 2 lit. f rozporz dzenia Rady (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadz cych działalno na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczaj cych si we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 05.07.1971, str. 2, z pó n. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 1, str. 35), mo e ubezpieczy si dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku zło onego w Funduszu, je eli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.";
- 37) w art. 69 ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- "3. Pracownik korzystaj cy z urlopu bezpłatnego traci prawo do wiadcze z ubezpieczenia zdrowotnego po upływie 30 dni od dnia rozpocz cia 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) po pkt 17 dodaje si pkt 17a w brzmieniu:

"17a) ławników s dowych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, powstaje z dniem wyboru na stanowisko ławnika s dowego, a wygasa z dniem upływu kadencji lub wcze niejszego wyga ni cia mandatu.";
- 39) w art. 75:
- a) po ust. 3 dodaje si ust. 3a w brzmieniu:

"3a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego s d, w którym ławnik pełni swoj funkcj .",
  - 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 si pkt 4a w brzmieniu:

"4a) pte ;",
  - 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 otrzymuje 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) odpowiadającą dochodowi ustalonemu dla opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych, w kwocie nie mniejszej jednak niż kwota odpowiadająca wysokości minimalnego wynagrodzenia;

2) odpowiadającą 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 uchylają 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 seria innego dokumentu potwierdzającego to samo ubezpieczonego wymienionego w ust. 2 lub numer dokumentu potwierdzającego jego prawo do świadczenia 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 składek 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, składek jako płatnik oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza się, w którym płatnik 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 danej osoby;
- 2) zbiór zawierający numery PESEL i odpowiadające im imiona, nazwiska i nazwiska rodowe osób, których zgłoszenie zostało zgłoszone 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 świadczenia opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2-4 i 6 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3";

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



"3b) finansowanie świadcze 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 świadcze opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z których pozostają 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 świadcze na podstawie przepisów o koordynacji.

3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadcze , o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a, obciąża Fundusz kosztami tych świadcze oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadcze wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadcze na podstawie przepisów o koordynacji. Rodziki 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 świadcze na podstawie przepisów o koordynacji przez zespoły ratownictwa medycznego, Fundusz powiadamia właściwego wojewodę o należnościach przysługujących mu z tego tytułu. Rodziki 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, uwzględniając koszty administracyjne, z zastrzeżeniem ust. 9."

d) dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

"9. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania , o których mowa w ust. 3 pkt 3, z wyjątkiem kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a.";

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 kropka zastępuje się rednikiem 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 nie:

- 1) pracownikami Funduszu;
- 2) wiadczeniodawcami;
- 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 Rad 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 informacje o dostępnoci 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 nie:

- 1) członkami Rady Funduszu i rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 2) pracownikami oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 3) wiadczeniodawcami;

- 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 nie:  
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 właściwością 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 następujący";  
– 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 nie:  
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) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-9.";
- 55) w art. 108:  
a) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

- "1a. Oddział wojewódzki Funduszu finansuje wiadczeniodawcy, mający siedzibę na terenie województwa, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie danego województwa osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2-4 i 6 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3, z zastrzeżeniem ust. 2.",
- b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- "2. Koszty leczenia uzdrowskiego świadczeniobiorcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i w ust. 1a, ponosi oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce jego zamieszkania, a jeżeli nie można ustalić miejsca zamieszkania - oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce wystawienia skierowania, o którym mowa w art. 33 ust. 1.";
- 56) w art. 109:
- a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- "3. Wniosek o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w ust. 1, zgłasza ubezpieczony, a w zakresie objętym ubezpieczeniem zdrowotnym wniosek może zgłosić w szczególności Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub członek rodziny ubezpieczonego, także w zakresie dotyczącym objętych 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 niniejszym ustawą, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.";
- 57) w art. 112:
- a) w ust. 1:
- pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:
- "1) wiadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;
- 2) właściwymi, pracownikami lub osobami współpracującymi ze wiadczeniodawcami, 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 działalność gospodarczą.";
- 58) 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";
- 59) 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";
- 60) art. 118 otrzymuje brzmienie:
- "Art. 118. 1. Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu z równowagą w zakresie przychodów i kosztów.
2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:
- 1) planowanych kosztów dla centrali, w tym:
- a) kosztów finansowania działalności centrali,

- b) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji,
  - c) rezerwy na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a;
- 2) planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym:
- a) kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;
  - b) rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych;
- 3) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.
3. Planowane rodki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem rodków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125, są dzielone pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, przy czym:
- 1) podstawą podziału rodków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu, z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonemu należycym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci, w porównaniu z grupą odniesienia;
  - 2) wysokość rodków określonych w pkt 1 koryguje się przez uwzględnienie:
    - a) wskaźnika wynikającego ze zróbnicowania 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 ogólnie 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 rezerw ogólną w wysokości 1 % planowanych należących przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne.
6. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się w zakresie rodków przekazywanych Funduszowi z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.";
- 61) 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 coroczny prognoz przychodów na kolejne 3 lata.

2. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazują informacje dotyczące 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 następujący.
7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, organy administracji rządowej, jednostki samorządu terytorialnego, władz wykonawczych oraz inne instytucje udzielają nieodpłatnie Funduszowi informacji koniecznych do sporządzenia prognoz, o których mowa w ust. 1 i 3.";

62) 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 przekazuje 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.";

63) art. 124 otrzymuje brzmienie:

- "Art. 124. 1. Zmiany planu finansowego Funduszu mogą być dokonane w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie było przewidziane w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu.
2. Zmiany planu finansowego Funduszu zatwierdzonego w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, mogą być dokonane przez Prezesa 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 mogą być dokonane przez ministra właściwego 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, opinię 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 uruchomienia rezerwy, 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.
  10. W przypadku gdy w danym roku obrotowym wysokość kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a, jest wyższa od wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, różnica jest pokrywana z rezerwy ogólnej Funduszu.
  11. W przypadku gdy w danym roku obrotowym wysokość kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a, jest niższa od wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, różnica przeznaczona jest na pokrycie tej rezerwy w następnym roku obrotowym."

64) 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 przeznaczonej na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w tym oddziale wojewódzkim Funduszu.";

65) 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.";

66) art. 129 otrzymuje brzmienie:

- "Art. 129. 1. Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznacza się na:
- 1) pokrycie strat z lat ubiegłych;
  - 2) fundusz zapasowy.
2. O pokryciu straty netto albo przeznaczeniu zysku netto decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych. Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego 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 rodków przekazywanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu za dany rok obrotowy.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, oraz w przypadku przeznaczenia rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, zgodnie z art. 124 ust. 11, przepisu art. 118 ust. 1 nie stosuje się.
6. Przy stosowaniu art. 118 ust. 4 do planu finansowego na rok następujący nie uwzględnia się rodków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu zgodnie z ust. 3 i 4 oraz rodków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu przy uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c.";

67) w art. 130:



a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

"1. Prezes Funduszu, na podstawie sprawozdania, 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.";

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

"2. Fundusz realizuje zasady 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 cen jednostki rozliczeniowej, a także maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy wynikającej ze wszystkich zawartych umów.";

69) 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-miesięcznym okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;"

70) po art. 136a dodaje się art. 136b w brzmieniu:

"Art. 136b. 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 obowiązkowego ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres wykonywanych zadań.";

71) 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 zawierających 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 określone 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.";

72) w art. 146 dotychczasowe 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.";

73) 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 cenę niską 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 określonych po stronie wadzeniodawcy.";

74) 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.";

75) 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.";

76) art. 154 otrzymuje brzmienie:

"Art. 154. 1. Wadzeniodawca 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 uwzględniając lub oddalając 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. Wadzeniodawca 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, wadzeniodawcy przysługuje skarga do sądu administracyjnego.";

77) w art. 158 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

"2. W przypadku konieczności wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 1, umowa w nowym brzmieniu obowiązuje do czasu zapewnienia wiadczeń na podstawie nowego postępowania w sprawie zawarcia umowy.";

78) w art. 161:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

"2. Za alenienie, 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 za alenienie w całości lub w części, nakłada na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu obowiązek usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w szczególności poprzez uchylene czynności, której dotyczy za alenienie, i zawiadamia wadczeniodawcę w terminie 7 dni o uwzględnieniu za alenienia."

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

"3. W przypadku nieuwzględnienia za alenienia przez Prezesa Funduszu w całości lub części, wadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie."

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

"3a. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, wadczeniodawca może złożyć do Prezesa Funduszu w terminie 14 dni od dnia otrzymania stanowiska Prezesa na złożone przez wadczeniodawcę za alenienie."

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

3c. Za alenienie na ponowne rozpatrzenie wniosku nie przysługuje.";

79) w art. 165:

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

"5) udzielenia informacji przez podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 4, wszelkich informacji, dokumentów i wyników dotyczących refundacji leków."

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

"3. W razie stwierdzenia, na podstawie uzyskanych informacji, wyników i dokumentów, o których mowa w ust. 1, przypadków naruszenia prawa, statutu Funduszu lub interesu wadczeniobiorców minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia odpowiednio Fundusz, wadczeniodawcę, podmiot, o którym mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, lub aptekę o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenia mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności powiadamianego podmiotu do przepisów prawa, wyznaczając termin do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowania działalności do przepisów prawa."

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

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

80) art. 167 otrzymuje brzmienie:

"Art. 167. 1. W przypadku naruszenia prawa, statutu Funduszu lub interesów wadczeniobiorców, a także w przypadku odmowy udzielenia wyników 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 nieudzielenie wyjaśnień i informacji, karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę, niezależnie od innych rodzajów 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.";

81) 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.";

82) 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.";

83) 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.";

84) w art. 173:

a) w ust. 1 w pkt 3 kropką 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) rodków 1 czno ci;
  - 3) wgl du do wszelkich dokumentów kontrolowanego podmiotu oraz dania sporz dzenia kopii, odpisów i wyci gów z tych dokumentów;
  - 4) wgl du do danych zawartych w systemie informatycznym kontrolowanego podmiotu oraz dania sporz dzenia kopii lub wyci gów z tych danych, w tym w formie elektronicznej;
  - 5) dania wyja nie ustnych lub pisemnych od osób pozostaj cych w stosunku pracy, zlecenia lub innym stosunku prawnym o podobnym charakterze z kontrolowanym podmiotem, w tym w formie elektronicznej;
  - 6) dania przekazania niezbd nych danych lub sporz dzenia zestawie danych, w tym w formie elektronicznej;
  - 7) zabezpieczenia dokumentów i innych dowodów.",
- d) uchyla si ust. 10;
- 85) po art. 179 dodaje si art. 179a w brzmieniu:  
"Art. 179a. Przepisy art. 173-179 stosuje si do kontroli przeprowadzanych przez ministra wla ciwego do spraw finansów publicznych.";
- 86) 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 wla ciwy do spraw zdrowia wydaje decyzje administracyjne.";
- 87) art. 187 otrzymuje brzmienie:  
"Art. 187. 1. Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi wla ciwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi wla ciwemu do spraw finansów publicznych, nie pó niej ni do dnia 30 czerwca roku nast pnego, przyj te przez Rad Funduszu roczne sprawozdanie z działalno ci Funduszu.  
2. Minister wla ciwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie pó niej ni do dnia 31 sierpnia roku nast pnego, roczne sprawozdanie z działalno ci Funduszu, o którym mowa w ust. 1, po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra wla ciwego do spraw finansów publicznych, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.";
- 88) 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 si 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 wiadczeniodawcami;
    - 2) rozliczania dotacji, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt 5;
    - 3) kontroli przestrzegania zasad legalno ci, gospodarno ci, rzetelno ci i celowo ci finansowania udzielanych wiadcze opieki zdrowotnej;
    - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych wiadcze 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 świadczenia 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 i 16 otrzymują brzmienie:

"15) rodzaj uprawnień oraz numer i termin wyrażony w dokumencie potwierdzającym wyrażenie zgody 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 świadczenia opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy;

16) dotyczące udzielonych świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3";

– w pkt 21 kropki 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 składki na ubezpieczenie zdrowotne;

25) dane o płatniku składki na ubezpieczenie zdrowotne;

26) typ dokumentu uprawniającego do świadczenia opieki zdrowotnej;

27) data zgonu.";

89) 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 świadczenia na podstawie umów o udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej oraz ubiegających się o zawarcie takich umów:

1) nazwisko i imię (imiona);

2) nazwisko rodowe;

3) numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego to samo ;

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

5) dotyczące kompetencji zawodowych istotnych z punktu widzenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy z Funduszem.";

90) 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 drodze 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;

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

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

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

"Art. 192b. 1. Kto, prowadząc obrót lekami lub wyrobami medycznymi albo świadczyć 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, a) lub przyjmuje nieuzasadnioną korzyść majątkową dla siebie lub osoby trzeciej, albo jej obietnicę w zamian za wykonanie lub powstrzymanie się od wykonania obowiązku służbowego, które prowadzi do nieuzasadnionego wzrostu poziomu 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 oferuje, 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 ukierunkowane 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 oferuje, 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 przestępstwa i ujawnił wszystkie istotne okoliczności przestępstwa, zanim organ ten o nim się dowiedział.";

93) 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 jedyną możliwością do zastosowania metody terapeutycznej,"

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 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.<sup>12)</sup>) art. 18 otrzymuje brzmienie:

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

Art. 3. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 i Nr 123, poz. 849) 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.<sup>13)</sup>).";

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 Zdrowia 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 wnioski 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. 4. W ustawie z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.<sup>14)</sup>) w art. 25 w ust. 1 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

"3a) coroczne sporządzenie i publikowanie w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" Narodowego Rachunku Zdrowia,"

Art. 5. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.<sup>15)</sup>) 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.<sup>16)</sup>) lub urzędach tych podmiotów obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 6. W ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, z 2001 r. Nr 126, poz. 1382 oraz z 2003 r. Nr 223, poz. 2215) uchyla się art. 10.

Art. 7. W ustawie z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050, z późn. zm.<sup>17)</sup>) 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 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 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.<sup>18)</sup>) lub bezpośrednio z hurtowni farmaceutycznej, mającej 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.

4b. Wykaz, o którym mowa w ust. 4, jest aktualizowany nie rzadziej niż co 90 dni, jeżeli wpływł 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. Złotnie 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 stanowi 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, nie mogłyby wywołać w tym względzie co do ich bezstronności, oraz osoby niebędące członkami Zespołu, którym zlecono przygotowanie ekspertyz i innych opracowań dla Zespołu, nie mogłyby być członkami, posiadać akcje lub udziały 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. Rozpatruje ponownie wnioski lub informacje, o których mowa w art. 6 ust. 1, oraz wnioski, 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) odmówi ustalenia cen urzędowych leku albo wyrobu medycznego i nie umieści go w wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1, biorąc pod uwagę możliwość płatnicze podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych oraz kryteria, o których mowa w art. 7 ust. 3,
- 3) zmieni ceny urzędowe leku albo wyrobu medycznego znajdujących się na wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1,
- 4) odmówi zmiany cen urzędowych leku albo wyrobu medycznego znajdujących się na wykazach, o których mowa w art. 5 ust. 1, biorąc pod uwagę możliwość 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. 8. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.<sup>19)</sup>) 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 umożliwiającej identyfikację indywidualnego pacjenta, lekarza lub świadczeniodawcy."

Art. 9. 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.<sup>20)</sup>) 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,

b) art. 192b i art. 192c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.<sup>21)</sup>);"

Art. 10. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 oraz z 2007 r. Nr 89, poz. 590) uchyla się art. 7.

Art. 11. W ustawie z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach

obowi zkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 133, poz. 922) w art. 1 uchyla si pkt 2 oraz pkt 5-7.

Art. 12. 1. Wnioski zło one do dnia 31 grudnia 2007 r. zgodnie z przepisami art. 25 i 26 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, rozpatrywane s zgodnie z trybem okre lonym w przepisach art. 25 i 26 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejsz ustaw .

2. W przypadku okre lonym w ust. 1 przez wymagane zgodnie z przepisami art. 26 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, uzyskanie zgody ministra wła ciwego do spraw zdrowia, rozumie si uzyskanie zgody Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ilekro w tre ci wniosku mowa jest o ministrze wła ciwym do spraw zdrowia rozumie si przez to Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Wnioski, o których mowa w ust. 1, zło one do ministra wła ciwego do spraw zdrowia i nierozpatrzone przed dniem 31 grudnia 2007 r. zostan niezwłocznie przekazane do rozpatrzenia przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 13. 1. Wnioskodawcy, o których mowa w art. 39 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejsz ustaw , którzy zło yli wnioski przed dniem wej cia w ycie niniejszej ustawy, s obowi zani w terminie 60 dni od dnia wej cia w ycie 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 niniejsz ustaw .

2. W przypadku nieuzupełnienia wniosków w terminie okre lonym w ust. 1 stosuje si 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 niniejsz ustaw , s traktowane jako wnioski zło one pierwszego roboczego dnia pierwszego kwartału nast puj cego po dniu wej cia w ycie niniejszej ustawy.

4. Przepisów art. 39 ust. 2a-2c ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejsz ustaw , nie stosuje si do wniosków zło onych przed dniem wej cia w ycie niniejszej ustawy oraz do ich uzupełnie , o których mowa w ust. 1.

Art. 14. 1. Lekarz:

- 1) który posiada specjalizacj I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizacj I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewn trznych, lub specjalizacj I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,
  - 2) inny ni wymieniony w pkt 1, udzielaj cy nieprzerwanie przed dniem wej cia w ycie niniejszej ustawy, przez okres nie krótszy ni 10 lat, wiadcze zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej
- zachowuje po dniu wej cia w ycie niniejszej ustawy prawo do udzielania wiadcze zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Przerwania udzielania wiadcze nie stanowi:

- 1) nieudzielanie wiadcze podstawowej opieki zdrowotnej przez okres krótszy ni 6 miesi cy;
- 2) nieudzielanie wiadcze podstawowej opieki zdrowotnej przez okres dłu szy ni wskazany w pkt 1 w przypadkach pobierania wiadcze , o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o wiadczeniach pieni nych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i

macierzy stwa (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, z 2006 r. Nr 221, poz. 1615 oraz z 2007 r. Nr 47, poz. 318 i Nr 115, poz. 792).

3. Lekarz, który nie posiada wymaganego okresu do wiadczenia 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 był zatrudniony lub wykonywał zawód u wiadczeniodawcy, 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. Za świadczenie 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.

4. Przepisy art. 124 ust. 7 i art. 129 ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w zakresie w jakim dotyczą rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się od dnia 1 października 2007 r.

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. Wyboru członka Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w art. 99 ust. 1 pkt 7 ustawy, o której mowa w art. 1, po raz pierwszy dokonuje się 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.  
informacje o jednostce  
akty wykonawcze z Dz.U. i M.P.

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 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 niniejsz ustaw , stosuje si od pierwszego dnia miesi ca nast puj cego po miesi cu, w którym ustawa weszła w ycie.

Art. 20. Ustawa wchodzi w ycie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyj tkiem:

- 1) art. 1 pkt 48 lit. c, pkt 60 w zakresie art. 118 ust. 1, ust. 2 pkt 1 lit. a i b, pkt 2 i ust. 3-6, pkt 63 w zakresie art. 124 ust. 1-9, pkt 66 w zakresie art. 129 ust. 1-4 i 6, które wchodzi w ycie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 1 pkt 48 lit. d, pkt 60 w zakresie art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, pkt 63 w zakresie art. 124 ust. 10 i 11, pkt 66 w zakresie art. 129 ust. 5, oraz art. 11, które wchodzi w ycie z dniem 1 pa dziernika 2007 r.;
- 3) art. 1 pkt 70, który wchodzi w ycie po upływie 3 miesi cy od dnia ogłoszenia ustawy;
- 4) art. 1 pkt 13-15, 41, 42 lit. b i c, pkt 48 lit. a, pkt 58, 59 i 88 lit. d, które wchodzi w ycie z dniem 1 stycznia 2008 r.;
- 5) art. 1 pkt 35 lit. b, który wchodzi w ycie z dniem 1 stycznia 2009 r.

- 1) Niniejsz ustaw zmienia si ustawy: ustaw z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach b d cych ofiarami represji wojennych i okresu powojennego, ustaw z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustaw z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej, ustaw z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustaw z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej słu bie krwi, ustaw z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, ustaw z dnia 6 wrze nia 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, ustaw z dnia 28 pa dziernika 2002 r. o odpowiedzialno ci podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod gro b kary, ustaw z dnia 8 wrze nia 2006 r. o Pa stwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustaw z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze rodków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowi zkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.
- 2) Niniejsza ustawa dokonuje w zakresie swojej regulacji wdro enia dyrektywy Rady 89/105/EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. dotycz cej przejrzysto ci rodków reguluj cych ustalanie cen na produkty lecznicze przeznaczone do u ytku przez człowieka oraz włączenia ich w zakres krajowego systemu ubezpiecze 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, 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, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793 i Nr 133, poz. 922.
- 4) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 17, poz. 95, Nr 21, poz. 125, Nr 112, poz. 769 i Nr 115, poz. 791, 792 i 793.
- 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, z 2006 r. Nr 75,

poz. 519, Nr 170, poz. 1217 i Nr 195, poz. 1437 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i Nr 115, poz. 791.

- 6) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 42, poz. 386, Nr 148, poz. 1551 i Nr 162, poz. 1709, z 2005 r. Nr 10, poz. 64 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427.
- 7) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1420, z 2006 r. Nr 45, poz. 319, Nr 104, poz. 708, Nr 170, poz. 1217 i 1218, Nr 187, poz. 1381 i Nr 249, poz. 1832 oraz z 2007 r. Nr 82, poz. 560, Nr 88, poz. 587, Nr 115, poz. 791 i Nr 140, poz. 984.
- 8) 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.
- 9) 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, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i Nr 226, poz. 1648 oraz z 2007 r. Nr 123, poz. 849.
- 10) 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.
- 11) 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, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 i Nr 208, poz. 1534 oraz z 2007 r. Nr 17, poz. 95 i Nr 82, poz. 558.
- 12) 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, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217 oraz z 2007 r. Nr 99, poz. 658.
- 13) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 83, poz. 719, Nr 143, poz. 1204, Nr 167, poz. 1396, Nr 183, poz. 1538 i Nr 184, poz. 1539, z 2006 r. Nr 157, poz. 1119 oraz z 2007 r. Nr 50, poz. 331, Nr 82, poz. 557, Nr 102, poz. 691 i Nr 112, poz. 769.
- 14) 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.
- 15) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410 i Nr 220, poz. 1600 oraz z 2007 r. Nr 123, poz. 849.
- 16) 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, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922 i Nr 166, poz. 1172.
- 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, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217, Nr 171, poz. 1225 i Nr 217, poz. 1588 oraz z 2007 r. Nr 50, poz. 331 i Nr 75, poz. 492.
- 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, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217, Nr 171, poz. 1225 i Nr 217, poz. 1588 oraz z 2007 r. Nr 50, poz. 331 i Nr 75, poz. 492.
- 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, z 2006 r. Nr 120, poz. 826 oraz z 2007 r. Nr 75, poz. 492.
- 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, 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, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922 i Nr 166, poz. 1172.