

Materiał porównawczy
do ustawy z dnia 27 lipca 2012 r.

**o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych
ze środków publicznych**

(druk nr 163)

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

Art. 2.

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

1) osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej "ubezpieczonymi",

2) inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,

[3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby 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]

<3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby posiadające obywatelstwo polskie:

a) które nie ukończyły 18. roku życia, lub

b) posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu >

- zwane dalej "świadczeniobiorcami".

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

Art. 5.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

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

- 2) apteka - aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny, z którymi Fundusz zawarł umowę na wydawanie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego objętych refundacją;
- 3) członek rodziny - następujące osoby:
 - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,
 - b) małżonka,
 - c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 4) felczer ubezpieczenia zdrowotnego - felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) inwalida wojenny lub wojskowy - osobę, o której mowa w art. 6-8 lub w art. 30 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 87, z późn. zm.);
- 5a) cywilna niewidoma ofiara działań wojennych - osobę, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz. U. Nr 249, poz. 1824);
- 6) instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę - instytucję wypłacającą rentę strukturalną zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych, przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej lub przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich;
- 7) kombatant - osobę, o której mowa w art. 1-4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371, z późn. zm.);
- 8) korzystający - organizację, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostkę organizacyjną, o których mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.);
- 9) lek - produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271);
- 10) (uchylony);
- 11) lek recepturowy - produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;
- 12) (uchylony);
- 13) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej - lekarza:
 - a) posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
 - b) odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub

- c) posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej
- udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- 14) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 14a) migracja ubezpieczonych - korzystanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z innymi oddziałami wojewódzkimi Funduszu, lub nabywanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, leków i wyrobów medycznych, bezpłatnie, za opłatą ryczałtową albo za częściową odpłatnością, w aptekach działających na terytorium innych oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 15) minimalne wynagrodzenie - minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. Nr 200, poz. 1679, z 2004 r. Nr 240, poz. 2407 oraz z 2005 r. Nr 157, poz. 1314);
- 15a) Narodowy Rachunek Zdrowia - zestawienie wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, uwzględniające źródła finansowania ochrony zdrowia, dostawców usług medycznych oraz funkcje tych usług, oparte na zasadach przejrzystości i rzetelności gromadzonych danych;
- 16) (uchylony);
- 17) niepełnosprawny - osobę, o której mowa w art. 4-5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92);
- 17a) nocna i świąteczna opieka zdrowotna - świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym;
- 18) odbywający staż adaptacyjny - odbywającego staż adaptacyjny wnioskodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz. U. Nr 87, poz. 954, z późn. zm.) lub odbywającego staż adaptacyjny wnioskodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 10 maja 2002 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do podejmowania lub wykonywania niektórych działalności (Dz. U. Nr 71, poz. 655, z 2003 r. Nr 190, poz. 1864 z 2004 r. Nr 96, poz. 959 oraz 2007 r. Nr 176, poz. 1238);

- 19) osoba bezdomna wychodząca z bezdomności - osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami o pomocy społecznej;
- 20) osoba pobierająca emeryturę lub rentę - osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U. Nr 52, poz. 539, z 2003 r. Nr 229, poz. 2273 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 873) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. Nr 229, poz. 2273, z późn. zm.), oraz osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy;
- 21) osoba prowadząca działalność pozarolniczą - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 22) osoba represjonowana - osobę, o której mowa w art. 12 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego;
- 23) osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;
- 24) osoba współpracująca - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej - pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 26) pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego - pielęgniarkę lub położną będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo pielęgniarkę lub położną zatrudnioną lub wykonującą zawód

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

- 27) podstawowa opieka zdrowotna - świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
- 28) położna podstawowej opieki zdrowotnej - położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 29) potrzeby zdrowotne - liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;
- 30) program zdrowotny - zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych;
- 31) przeciętne wynagrodzenie - przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski";
- 32) przepisy o koordynacji - przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, określone w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. 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 rozporządzeniu Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń;

<32a) rachunek – fakturę w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2011 r. Nr 177, poz. 1054) lub rachunek w

rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2012 r. poz. 749);>

- 33) stan nagły - stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 160, poz. 1172 oraz z 2008 r. Nr 17, poz. 101);
- 33a) transport sanitarny - przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu;
- 33b) środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego - środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696), zwanej dalej "ustawą o refundacji";
- 34) świadczenie opieki zdrowotnej - świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące;
- 35) świadczenie gwarantowane - świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie;
- 36) świadczenie specjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- 37) świadczenie zdrowotne rzeczowe - związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze;
- 38) świadczenie towarzyszące - zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego;
- 39) świadczenie wysokospecjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej lub procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:
 - a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,
 - b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;
- 40) świadczenie zdrowotne - działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;
- 41) świadczeniodawca:
 - a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
 - b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
 - c) (uchylona),
 - d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;

- 42) procedura medyczna - postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
- 42a) technologia medyczna - leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne;
- 43) ubezpieczenia społeczne - ubezpieczenia określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 44) ubezpieczenie społeczne rolników - ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- 44a) uprawniony żołnierz lub pracownik - żołnierz lub pracownik wojska, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. Nr 162, poz. 1117 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135), który doznał urazu lub zachorował podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa;
- 44b) weteran poszkodowany - osobę posiadającą status weterana poszkodowanego nadany na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203);
- 45) wolontariusz - osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;
- 46) wyroby medyczne - wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679).

Art. 49.

1. Dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej oraz umożliwiającym 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 (imiona) i nazwisko;
 - 2) datę urodzenia;
 - 3) numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL - numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 4) numer identyfikacyjny instytucji ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 5) dwuznakowy kod ISO 3166-1 dla Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 6) datę ważności karty;
 - 7) numer identyfikacyjny karty.

4. Funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić również inny dokument typu elektronicznego, o ile zawiera dane wskazane w ust. 3 pkt 1-3 oraz spełnia funkcje, o których mowa w ust. 1.
5. Karta ubezpieczenia zdrowotnego może pełnić funkcję Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.
6. Karta ubezpieczenia zdrowotnego jest wydawana bezpłatnie. W przypadku utraty karty ubezpieczenia zdrowotnego za wydanie nowej karty pobiera się opłatę w wysokości 1,5 % minimalnego wynagrodzenia.
7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może, w szczególnie uzasadnionych przypadkach, zwolnić ubezpieczonego z obowiązku ponoszenia opłaty, o której mowa w ust. 6. Przepisy art. 109 i 110 stosuje się odpowiednio.
- [8. W przypadku posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego lub innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty lub dokumentu, osoba ta jest obowiązana do zwrotu poniesionych przez Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych po utracie prawa do tych świadczeń.]*
9. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz sposób jej wykonania, uwzględniając przepisy Unii Europejskiej w sprawie wzoru Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego,
 - 2) wzór wniosku o wydanie karty ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 3) szczegółowy zakres danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz ich format,
 - 4) tryb wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego- uwzględniając konieczność identyfikacji ubezpieczonych, potwierdzania prawa ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej i elektronicznego potwierdzania wykonanych świadczeń, konieczność zapewnienia przejrzystości danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz sprawność postępowania w sprawie wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego.
10. Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 9, może także określać dokumenty mogące pełnić funkcję karty ubezpieczenia zdrowotnego, uwzględniając możliwość potwierdzenia przez te dokumenty prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz funkcję potwierdzenia udzielenia tych świadczeń.

Art. 50.

1. Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić:
 - 1) kartę ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku ubezpieczonego;
 - 2) dokument, o którym mowa w art. 54 ust. 1 - w przypadku świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony.
- [2. W przypadku stanu nagłego dokument, o którym mowa w ust. 1, może zostać przedstawiony w innym czasie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, o ile chory nadal przebywa w szpitalu.]*

3. *Jeżeli przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 1, w terminie określonym w ust. 2 nie jest możliwe, dokument ten może być przedstawiony w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.*
 4. *W razie nieprzedstawienia dokumentu, o którym mowa w ust. 1, w terminach określonych w ust. 2 i 3, świadczenie zostaje udzielone na koszt świadczeniobiorcy.*
 5. *W razie nieodprowadzenia przez zobowiązanego płatnika przez okres dłuższy niż miesiąc składki na ubezpieczenie zdrowotne za ubezpieczonego, Fundusz obciąża tego płatnika poniesionymi kosztami udzielonych ubezpieczonemu świadczeń opieki zdrowotnej.*
 6. *Późniejsze niż przewidziane w ust. 2 i 3 przedstawienie dokumentu, o którym mowa w ust. 1, nie może stanowić podstawy odmowy zwolnienia z kosztów, o których mowa w ust. 4, albo ich zwrotu.*
 7. *Opłacenie zaległych składek wraz z odsetkami nie zwalnia z obowiązku pokrycia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.*
 8. *Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 4 i 5 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia, w którym stały się wymagalne.*
 9. *Przepisów ust. 1-8 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych dzieciom do ukończenia 6. miesiąca życia.]*
- <2. Przedstawienie przez świadczeniobiorcę dokumentów, o których mowa w ust. 1, nie jest wymagane, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:**
- 1) **świadczeniobiorca potwierdzi swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego, paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej; legitymacja szkolna może być okazana jedynie przez osobę, która nie ukończyła 18. roku życia;**
 - 2) **świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji uzyska potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 3.**
3. **Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej może zostać potwierdzone na podstawie dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.), sporządzonego, na podstawie numeru PESEL, przez Fundusz dla świadczeniodawcy lub niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji i przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.) z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych.**
 4. **Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, warunki, jakie muszą spełniać świadczeniodawca lub niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, występujący do Funduszu o dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, mając na uwadze konieczność zapewnienia integralności oraz poufności przetwarzanych danych.**
 5. **Dokument elektroniczny, o którym mowa w ust. 3, zawiera imię i nazwisko oraz numer PESEL świadczeniobiorcy, a także informację, według stanu na dzień sporządzenia dokumentu, o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.**

6. W przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3 świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej.
7. Świadczeniobiorca składający oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.
8. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, zawiera imię i nazwisko, adres zamieszkania, wskazanie podstawy prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, numer PESEL oraz wskazanie dokumentu, na podstawie którego świadczeniodawca potwierdził tożsamość świadczeniobiorcy, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 9. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji potwierdza podpisem na oświadczeniu dane identyfikujące dokument, na podstawie którego potwierdzono tożsamość.
9. W przypadku świadczeniobiorców małoletnich oraz innych osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 i 742). Przepisy ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio.>
- <10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory oświadczeń, o których mowa w ust. 6 i 9, mając na względzie zapewnienie czytelności oświadczeń.
11. W stanach nagłych lub w przypadku, gdy ze względu na stan zdrowia nie jest możliwe złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, świadczenie opieki zdrowotnej zostaje udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób wskazany w ust. 1, 3 lub 6. W takim przypadku osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, w terminie 14 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a jeżeli świadczenie to jest udzielane w oddziale szpitalnym, w terminie 7 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – pod rygorem obciążenia tej osoby kosztami udzielonych jej świadczeń.
12. Późniejsze niż przewidziane terminami określonymi w ust. 11, jednak w okresie nie dłuższym niż 1 rok, licząc od dnia upływu tych terminów, przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej albo złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, nie może stanowić podstawy odmowy przez świadczeniodawcę zwolnienia świadczeniobiorcy z obowiązku poniesienia kosztów udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej albo zwrotu tych kosztów.
13. Roszczenia przysługujące na podstawie ust. 11 ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat od dnia upływu terminów określonych w ust. 11.

14. W przypadku dzieci do ukończenia 3. miesiąca życia, które nie posiadają numeru PESEL, potwierdzenie, o którym mowa w ust. 3, następuje na podstawie numeru PESEL osoby obowiązanej do zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia zdrowotnego.
15. Fundusz nie może odmówić świadczeniodawcy sfinansowania świadczenia opieki zdrowotnej z powodu braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie, albo żądać od niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej poniesionych przez Fundusz pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, która uzyskała to świadczenie na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną, jeżeli:
 - 1) w dniu udzielenia tego świadczenia potwierdził, w sposób określony w ust. 3, prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej albo świadczeniobiorca ten w tym dniu przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6,
 - 2) świadczeniobiorca w terminie przedstawił dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, w przypadkach określonych w ust. 11

– o ile świadczenie to zostało zrealizowane zgodnie z warunkami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej ze świadczeniodawcą albo niebędącą świadczeniodawcą osobą uprawnioną w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.
16. W przypadku gdy świadczenie opieki zdrowotnej zostało udzielone pomimo braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku:
 - 1) posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu, albo
 - 2) złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 6

– osoba, której udzielono świadczenia opieki zdrowotnej, jest obowiązana do uiszczenia kosztów tego świadczenia.
17. Przepisu ust. 16 pkt 2 nie stosuje się do osoby, która w chwili składania oświadczenia, o którym mowa w ust. 6, działała w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
18. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w ust. 16, które Fundusz poniósł zgodnie z ust. 15, podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną ustalającą obowiązek poniesienia kosztów i ich wysokość oraz termin płatności. Do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.
19. Od kwoty należności, o których mowa w ust. 18, nalicza się odsetki ustawowe, poczynając od dnia, w którym upłynął termin płatności tych należności.
20. Nie wydaje się decyzji, o której mowa w ust. 18, jeżeli od dnia, w którym zakończono udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 15, upłynęło 5 lat.

21. Należności, o których mowa w ust. 18, ulegają przedawnieniu z upływem 5 lat, licząc od dnia, w którym decyzja ustalająca te należności stała się ostateczna.
22. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może umorzyć w całości albo w części spłatę należności ustalonej w decyzji, o której mowa w ust. 18, lub odroczyć spłatę tej należności, lub rozłożyć ją na raty, stosując odpowiednio zasady określone w art. 56–58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.).>

<Art. 50a.

1. Fundusz ustala podmioty, które powinny ponieść koszty rozliczonego przez Fundusz świadczenia opieki zdrowotnej i obciąża te podmioty kosztami, z uwzględnieniem art. 50 ust. 15 i 16.
2. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej trwających dłużej niż jeden dzień, dla których ustalono więcej niż jeden podmiot, który powinien ponieść koszt rozliczonego świadczenia opieki zdrowotnej, poniesiony przez Fundusz koszt tego świadczenia dzielony jest proporcjonalnie do czasu jego trwania. Przy ustalaniu kosztu tego świadczenia nie stosuje się art. 44 i art. 45 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Należności z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych:
 - 1) ubezpieczonym,
 - 2) osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji,
 - 3) osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 oraz art. 12 pkt 2–4, 6 i 9– świadczeniodawca może przedstawić na jednym rachunku łącznie.>

Art. 53.

1. Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji jest poświadczenie wydawane przez Fundusz lub dokument potwierdzający prawo do tych świadczeń, wystawiony przez zagraniczną instytucję właściwą.
- <1a. W przypadku wydania poświadczenia, o którym mowa w ust. 1, prawo osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji może zostać potwierdzone w sposób określony w art. 50 ust. 3.>**
- [2. Jeżeli poświadczenie albo dokument, o których mowa w ust. 1, nie zostaną przedstawione w przypadku:*
- 1) stanu nagłego,
 - 2) porodu
- przepisy art. 50 ust. 2-4, 6, 8 i 9 stosuje się odpowiednio.]*
- <2. Jeżeli poświadczenie albo dokument, o których mowa w ust. 1, nie zostaną przedstawione w przypadku:**
- 1) stanu nagłego,
 - 2) porodu
- przepisy art. 50 ust. 11–15 i 18–22 stosuje się odpowiednio.>**

Art. 67.

[1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu osoby podlegającej temu obowiązkowi do Funduszu zgodnie z przepisami art. 74-76 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.]

<1. Obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego uważa się za spełniony po zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego osoby podlegającej temu obowiązkowi zgodnie z przepisami art. 74–76 oraz opłaceniu składki w terminie i na zasadach określonych w ustawie.>

<1a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, oraz członków ich rodzin.>

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

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

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

3. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6. Osoby, które nie zgłaszają się do ubezpieczenia zdrowotnego same, informują podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o członkach rodziny podlegających zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia. Członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.>

<3a. W przypadku członków rodziny do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wystarczy zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego przez jedną osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, z tym że wnuki mogą zostać zgłoszone tylko w przypadku, gdy żaden z rodziców nie podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 lub nie jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu.>

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

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

<5. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej dla osób, które ukończyły szkołę:

1) ponadgimnazjalną – wygasa po upływie 6 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy uczniów;

2) wyższą – wygasa po upływie 4 miesięcy od dnia zakończenia nauki albo skreślenia z listy studentów.>

6. Osoba, o której mowa w ust. 2, pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia ma wraz z członkami rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę zasiłku przyznanego na podstawie

przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne.

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

Art. 68.

1. Osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, pracownik przebywający na urlopie bezpłatnym, poseł do Parlamentu Europejskiego wybrany w Rzeczypospolitej Polskiej lub osoba niewymieniona w art. 66 ust. 1, do której ma zastosowanie art. 13 ust. 2 lit. f rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z 05.07.1971, str. 2, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 1, str. 35), może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu, jeżeli ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.
[3. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6.]
- <3. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana zgłosić do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, w terminie 7 dni od dnia określonego w umowie, o której mowa w ust. 5, lub od dnia zaistnienia okoliczności powodujących konieczność dokonania zgłoszenia.>**
4. Podstawę wymiaru składki opłacanej przez:
 - 1) osobę, o której mowa w ust. 1, stanowi kwota deklarowanego miesięcznego dochodu, nie niższa jednak od kwoty odpowiadającej przeciętnemu wynagrodzeniu;
 - 2) korzystającego, o którym mowa w ust. 2, stanowi kwota odpowiadająca minimalnemu wynagrodzeniu;
 - 3) osobę, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4, stanowi kwota odpowiadająca wysokości świadczenia pielęgnacyjnego przysługującego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych.
5. Osoba, o której mowa w ust. 1, zostaje objęta ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez tę osobę z Funduszem, a przestaje być nim objęta z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.
6. Wolontariusz, o którym mowa w ust. 2, zostaje objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z dniem określonym w umowie zawartej przez korzystającego z Funduszem, a przestaje być nim objęty z dniem rozwiązania umowy lub po upływie miesiąca nieprzerwanej zaległości w opłacaniu składek.
7. Objęcie osoby, o której mowa w ust. 1, ubezpieczeniem zdrowotnym uzależnione jest od wniesienia opłaty na rachunek Funduszu.

8. Wysokość opłaty jest uzależniona od okresu, w którym osoba, o której mowa w ust. 1, nie była objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, i wynosi:
 - 1) 20 % dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie od 3 miesięcy do roku;
 - 2) 50 % dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej roku do 2 lat;
 - 3) 100 % dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 2 lat do 5 lat;
 - 4) 150 % dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 5 lat do 10 lat;
 - 5) 200 % dochodów przyjętych jako podstawa wymiaru składki dla osoby, której przerwa w ubezpieczeniu zdrowotnym i opłacaniu składek wynosi nieprzerwanie powyżej 10 lat.
9. Opłata nie dotyczy osób wymienionych w art. 3 ust. 2.
10. Przy obliczaniu opłaty do okresu, w którym osoba ubezpieczająca się dobrowolnie nie była ubezpieczona, dolicza się okres niepodlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu na podstawie dotychczasowych przepisów.
11. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek osoby, o której mowa w ust. 1, Fundusz może odstąpić od pobrania opłaty lub rozłożyć ją na raty miesięczne, jednak nie więcej niż na 12 rat.
12. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej osoby, o której mowa w ust. 1, i zgłoszonych do Funduszu członków jej rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, oraz wolontariusza, o którym mowa w ust. 2, przysługuje od dnia objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i wygasa po upływie 30 dni od dnia ustania ubezpieczenia zdrowotnego w Funduszu.

[Art. 74.

1. *Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników oraz wymienionych w art. 75 i 76 stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczenia społecznego lub do ubezpieczenia społecznego rolników, z zastrzeżeniem art. 77 i 86 ust. 6.*
2. *Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2-15, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych, z zastrzeżeniem art. 77.]*

<Art. 74.

1. **Do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych ubezpieczeniami społecznymi lub ubezpieczeniem społecznym rolników, osób wymienionych w art. 75 i art. 76 oraz członków ich rodzin stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych lub do ubezpieczenia społecznego**

rolników oraz wyrejestrowywania z tych ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 75 ust. 1–2a, art. 77 i art. 86 ust. 6.

- 2. Do ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2–8 i 8b–15 oraz członków ich rodzin, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące zasad, trybu i terminu zgłaszania do ubezpieczeń społecznych oraz wyrejestrowywania z tych ubezpieczeń, z zastrzeżeniem art. 77.>**

Art. 75.

1. Osoby pobierające emeryturę lub rentę zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, właściwa do wydania decyzji w sprawach świadczeń, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, właściwy organ emerytalny lub instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę albo bank dokonujący wypłaty emerytury lub renty z zagranicy do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.
2. Osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych do 15. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.
- 2a. Osoby pobierające nauczycielskie świadczenia kompensacyjne zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych do 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym powstał obowiązek ubezpieczenia lub zaistniały zmiany dotyczące tego obowiązku.
3. Osoby pobierające uposażenie w stanie spoczynku lub uposażenie rodzinne, a także osoby pobierające uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenie pieniężne o takim samym charakterze zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający to uposażenie lub świadczenie.
- 3a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 15a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego sąd, w którym ławnik pełni swoją funkcję.
4. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 17, 18 i 20, zgłaszają do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio szkoły, zakłady kształcenia nauczycieli, szkoły wyższe, jednostki prowadzące studia doktoranckie, placówki pełniące funkcje resocjalizacyjne, wychowawcze lub opiekuńcze i domy pomocy społecznej.
5. Dzieci, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 19, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej na wniosek opiekuna prawnego lub faktycznego dziecka albo z własnej inicjatywy.
6. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 21, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego odpowiednio wyższe seminarium duchowne albo teologiczne lub zakon albo jego odpowiednik.
7. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 22, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Administracji Publicznej.
8. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 23, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot wypłacający stypendium.

9. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego właściwy powiatowy urząd pracy.
- 9a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 24a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego podmiot kierujący (beneficjent) na szkolenie, staż lub przygotowanie zawodowe dorosłych, którym jest:
- 1) jednostka samorządu terytorialnego i jej jednostka organizacyjna, z wyjątkiem wojewódzkiego i powiatowego urzędu pracy,
 - 2) Ochotniczy Hufiec Pracy,
 - 3) agencja zatrudnienia,
 - 4) instytucja szkoleniowa,
 - 5) instytucja dialogu społecznego,
 - 6) instytucja partnerstwa lokalnego,
 - 7) organizacja pozarządowa działająca na rzecz rozwoju zasobów ludzkich i przeciwdziałania bezrobociu,
 - 8) jednostka naukowa,
 - 9) organizacja pracodawców,
 - 10) związek zawodowy,
 - 11) wojewódzki ośrodek doradztwa rolniczego,
 - 12) ośrodek poradnictwa zawodowego i psychologicznego
- korzystający z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych na podstawie umowy o dofinansowanie projektu albo decyzji, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz. U. Nr 116, poz. 1206, z późn. zm.) albo ustawie z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. Nr 227, poz. 1658, z 2007 r. Nr 140, poz. 984 oraz z 2008 r. Nr 216, poz. 1370).
10. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 26, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej.
11. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 28, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego wójt, burmistrz lub prezydent miasta.
12. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 29 i 30, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego ośrodek pomocy społecznej realizujący indywidualny program zatrudnienia socjalnego lub indywidualny program wychodzenia z bezdomności lub ośrodek pomocy społecznej realizujący kontrakt socjalny w wyniku zastosowania procedury, o której mowa w art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
13. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 27, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego powiatowe centrum pomocy rodzinie realizujące indywidualny program integracji.
14. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych.
- 14a. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 31a, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych, w której zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w art. 73 pkt 14a.

15. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 32, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego w imiennym raporcie miesięcznym kierowanym do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pracodawca albo rolnicza spółdzielnia produkcyjna.

[16. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 34, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te obowiązane są zgłosić się niezwłocznie w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w celu ich zarejestrowania.]

<16. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 34, do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszają się same za pośrednictwem Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Osoby te są obowiązane niezwłocznie złożyć w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego.>

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

18. Osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 36, zgłasza do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury.

Art. 76.

Osoby niewymienione w art. 74 i 75 do ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszają się same.

<Art. 76a.

1. Osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, podlega wyrejestrowaniu z tego tytułu wraz z członkami rodziny.
2. Osoba podlegająca obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do Funduszu członków rodziny, jest obowiązana poinformować podmiot właściwy do dokonania wyrejestrowania o okolicznościach powodujących konieczność ich wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, w terminie 7 dni od dnia zaistnienia tych okoliczności.
3. Wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia.>

Art. 77.

[1. Zgłoszenia, o których mowa w art. 74-76, kierowane są do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.]

<1. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego, o których mowa w art. 74-76a, są kierowane do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.>

<1a. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, oraz członków ich rodzin kierowane są do centrali Funduszu.>

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

- 1) wskazanie oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku braku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej - wskazanie oddziału

- wojewódzkiego Funduszu wybranego przez osobę zgłaszającą do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) wskazanie Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w przypadku osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16, jeżeli osoby te nie mają miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) nazwisko i imię;
 - 4) datę urodzenia;
 - 4a) płeć;
 - 5) adres zamieszkania;
 - 6) numer PESEL, a w przypadku gdy ubezpieczonemu nie nadano numeru PESEL - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.
3. W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodzin, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6, podmiot obowiązany do zgłoszenia ubezpieczonego przesyła odpowiednio do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane wymienione w ust. 2 oraz następujące dane dotyczące członka rodziny:
- 1) nazwisko i imię;
 - 2) datę urodzenia;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) stopień pokrewieństwa;
 - 5) informację o znacznym stopniu niepełnosprawności;
 - 6) numer PESEL, a w przypadku gdy członkowi rodziny nie nadano numeru PESEL - serię i numer dowodu osobistego lub paszportu;
 - 7) informację o pozostawaniu we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym - w przypadku osób, o których mowa w art. 5 pkt 3 lit c.

Art. 87.

1. Osoby i jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 84-86, są obowiązane, bez uprzedniego wezwania, opłacić i rozliczyć składki na ubezpieczenie zdrowotne za każdy miesiąc kalendarzowy w trybie i na zasadach oraz w terminie przewidzianych dla składek na ubezpieczenie społeczne, a jeżeli do tych osób i jednostek nie stosuje się przepisów o ubezpieczeniu społecznym - w terminie do 15. dnia następnego miesiąca.
2. W przypadku rozliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne od emerytur, rent, nauczycielskich świadczeń kompensacyjnych, zasiłków przedemerytalnych i świadczeń przedemerytalnych oraz świadczeń pieniężnych dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych jednostka organizacyjna Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określona w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych:
 - 1) nie przekazuje imiennych raportów miesięcznych;
 - 2) wykazuje składki w odrębnej deklaracji rozliczeniowej.
3. Od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne pobiera się odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.
4. Składki na ubezpieczenie zdrowotne:

[1) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a i c-i, pkt 2-33 i 35 oraz w art. 68 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2;]

<1) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. a i c – i, pkt 2–8, 8b–33 i 35 oraz w art. 68 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, z zastrzeżeniem pkt 2;>

<1a) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 8a są opłacane i ewidencjonowane w centrali Funduszu;>

2) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 1 lit. b i pkt 16 pobierających świadczenia emerytalno-rentowe z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 34 są opłacane i ewidencjonowane w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;

3) osób wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 36 są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

5. Niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne wraz z pobranymi odsetkami za zwłokę do centrali Funduszu.

6. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje pobrane składki na ubezpieczenie zdrowotne i należności pochodne od składek niezwłocznie do centrali Funduszu, nie później niż w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich wpływu na rachunek, o którym mowa w art. 47 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych.

[7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu dane o ubezpieczonych 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.]

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

<7. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, przekazują nieodpłatnie do centrali Funduszu lub – na jego wniosek – do oddziału wojewódzkiego Funduszu, dane o ubezpieczonych oraz zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego członkach rodzin ubezpieczonych, określone w art. 188 ust. 4 pkt 1, 7–9 i 13, oraz o opłaconych za nich składkach na ubezpieczenie zdrowotne, przekazane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1 i 3, i w imiennym raporcie miesięcznym, oraz o odsetkach za zwłokę, w terminie 15 dni roboczych od dnia wpływu składek i odsetek oraz dokumentów umożliwiających ustalenie ich wysokości i rozdzielenie ich na ubezpieczonych.

8. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66

ust. 1 pkt 8a, przekazują nieodpłatnie centrali Funduszu lub oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, na ich wniosek, dane związane z:

- 1) ustaleniem właściwego ustawodawstwa niezbędnego do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami o koordynacji;
- 2) potwierdzaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej w państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) zgodnie z przepisami o koordynacji, dotyczące:
 - a) stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku wypadku przy pracy,
 - b) nazwy, rodzaju lub kategorii choroby zawodowej oraz stwierdzonego naruszenia sprawności organizmu w wyniku tej choroby,
 - c) wypłacenia zasiłku chorobowego i świadczenia rehabilitacyjnego z tytułu wypadku przy pracy oraz przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy w związku z wypadkiem przy pracy, a także okresu, za który zostały wypłacone,
 - d) uznania zdarzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego za wypadek przy pracy.>

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

<9a. W przypadku gdy Fundusz na podstawie danych otrzymanych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego stwierdzi, że osoba podlega w tym samym czasie obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego zarówno z tytułu objęcia ubezpieczeniami społecznymi oraz ubezpieczeniem społecznym rolników, przekazuje tę informację do Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.>

10. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazują do centrali Funduszu sprawozdanie zawierające informacje, w podziale na poszczególnych ubezpieczonych, o należnej składce z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, podane w zgłoszeniu, o którym mowa w art. 77 ust. 1, i w imiennych raportach miesięcznych, za dany kwartał, nie później niż do ostatniego dnia drugiego miesiąca następującego po tym kwartale.

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

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

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

- <10c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, przekazują do centrali Funduszu odpowiednio dane dotyczące wszystkich osób pobierających zasiłki, o których mowa w art. 67 ust. 6, i wszystkich osób, które złożyły wniosek o emeryturę lub rentę, o których mowa w art. 67 ust. 7, z zastrzeżeniem ust. 10f, oraz o pracownikach korzystających z urlopu bezpłatnego.**
- 10d. Zakres danych dotyczących wszystkich osób pobierających zasiłki, o których mowa w art. 67 ust. 6, i wszystkich osób, które złożyły wniosek o emeryturę lub rentę, o których mowa w art. 67 ust. 7, obejmuje dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7 i 9, tytuł uprawnienia oraz datę odpowiednio rozpoczęcia i zakończenia pobierania zasiłku albo datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę.**
- 10e. Zakres danych dotyczących pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego obejmuje dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7 i 9, oraz datę rozpoczęcia i zakończenia urlopu bezpłatnego.**
- 10f. Organ emerytalny właściwy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 grudnia 1993 r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2004 r. Nr 8, poz. 66, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 18 lutego 1994 r. o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin (Dz. U. z 2004 r. Nr 8, poz. 67, z późn. zm.) wydaje osobie, która złożyła wniosek o emeryturę lub rentę, zaświadczenie potwierdzające złożenie wniosku oraz przekazuje niezwłocznie kopię tego zaświadczenia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania tej osoby.**
- 10g. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 10f, zawiera dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 1, 3, 4, 7 i 9, tytuł uprawnienia oraz datę zgłoszenia wniosku o emeryturę lub rentę.>**
- [11. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.]*
- <11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres oraz sposób przekazywania do centrali Funduszu i oddziału wojewódzkiego Funduszu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek oraz osób, o których mowa w ust. 10c – 10e, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności i integralności przekazywanych danych.>**
- 12. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, terminy, zakres i tryb weryfikacji danych ubezpieczonych, o której mowa w ust. 9, oraz sposób postępowania Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w razie stwierdzenia ich niezgodności i tryb dokonywania niezbędnych korekt w przypadku**

stwierdzenia niezgodności przekazywanych danych, uwzględniając konieczność zapewnienia poufności przekazywanych danych.

[Art. 89.

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

<Art. 89.

Od kwoty nieprzekazanych w terminie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz podmiot zobowiązany do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz z należnymi odsetkami Fundusz pobiera odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.>

Art. 90.

1. Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przeprowadzają kontrolę wykonywania obowiązków płatników w zakresie zgłoszenia ubezpieczonych do Funduszu i opłacania składki.
2. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może zobowiązać Zakład Ubezpieczeń Społecznych do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, określając jednocześnie jej zakres przedmiotowy i podmiotowy.
- 2a. Minister właściwy do spraw rozwoju wsi, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może zobowiązać Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego do przeprowadzenia kontroli, o której mowa w ust. 1, określając jednocześnie jej zakres przedmiotowy i podmiotowy.
3. Do zakresu kontroli, o której mowa w ust. 1, należy kontrola rzetelności:
 - 1) zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób objętych tym ubezpieczeniem;
 - 2) deklarowanych podstaw obliczania składki na ubezpieczenie zdrowotne, prawidłowości obliczania, opłacania i odprowadzania składki.
4. Fundusz analizuje uzyskane z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego dane, o których mowa w ust. 3, oraz występuje z wnioskami do tych instytucji.

<5. Przepisów ust. 1–4 nie stosuje się do podmiotu zobowiązanego do przekazania składek za osoby, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a.>

[Art. 92.

Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 5-13, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostką, uwzględniając sposób zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz względy obronności państwa.]

<Art. 92.

Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, odrębny sposób:

- 1) ubezpieczania w stosunku do osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 5–8 i 8b–13, które ze względu na wymogi obronności lub bezpieczeństwa państwa zostały oddelegowane do wykonywania pracy lub wyznaczone do pełnienia służby poza macierzystą jednostką,**
- 2) zgłaszania i wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 8a, i członków ich rodzin, oraz przekazywania składek na ubezpieczenie zdrowotne**

– mając na uwadze względy obronności państwa.>

Art. 97.

1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.
2. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
3. Do zakresu działania Funduszu należą również w szczególności:
 - 1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
 - 2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3;
 - 3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;
 - 3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;
 - 3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 26;
 - 4) wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;
 - 5) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;
 - 6) monitorowanie ordynacji lekarskich;
 - 7) promocja zdrowia;
 - 8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
 - 9) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;
 - 10) wyliczanie kwot, o których mowa w art. 4 i art. 34 ustawy o refundacji oraz w art. 102 ust. 5 pkt 29;
 - 11) monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień wynikających z art. 24a-art. 24c, art. 44 ust. 1a-1c, art. 47 ust. 2 i 2a oraz art. 57 ust. 2 pkt 12 i 13.

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

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

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

3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a, obciąża Fundusz kosztami tych świadczeń oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadczeń wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu.

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

[4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

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

<4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

- 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;**
- 2) przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu;**
- 3) przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;**

- 4) przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy;**
- 5) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;**
- 6) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.>**
5. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej.
6. Fundusz nie może być właścicielem podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisowo działalności leczniczej.
7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4, 6 i 11 w odniesieniu do podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 96 ust. 4.
8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b. Dotacja nie uwzględnia kosztów administracyjnych.
9. (uchylony).

Art. 102.

1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.
2. Prezesa Funduszu powołuje Prezes Rady Ministrów, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Prezes Rady Ministrów odwołuje Prezesa Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.
3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgnięcia opinii, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku Prezes Rady Ministrów powierza kierowanie Funduszem jednemu z zastępców Prezesa Funduszu i niezwłocznie informuje o odwołaniu Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.
4. (uchylony).
5. Do zakresu działania Prezesa Funduszu w szczególności należy:
 - 1) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;
 - 2) efektywne i bezpieczne zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu, w tym gospodarowanie rezerwą ogólną, o której mowa w art. 118 ust. 5;
 - 3) zaciąganie, w imieniu Funduszu, zobowiązań, w tym pożyczek i kredytów, z zastrzeżeniem art. 100 ust. 1 pkt 5;
 - 4) przygotowywanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 3;
 - 5) opracowywanie projektu planu finansowego Funduszu na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 2;

- 6) sporządzanie rocznego planu finansowego Funduszu po otrzymaniu opinii Rady Funduszu, komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) sporządzanie projektu planu pracy Funduszu;
- 8) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;
- 9) sporządzanie projektu rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na następny rok;
- 10) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu za dany rok oraz niezwłocznie przedkładanie go ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;
- 11) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu, zawierających w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu;
- 12) nadzorowanie rozliczeń dokonywanych w ramach wykonywania przepisów o koordynacji;
- 13) sporządzanie analiz i ocen na podstawie informacji, o których mowa w art. 106 ust. 10 pkt 5, przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu;
- 14) przedstawianie Radzie Funduszu projektu systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
- 15) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w centrali Funduszu;
- 16) powoływanie i odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 17) odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu na wniosek rady oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadku, o którym mowa w art. 107 ust. 4;
- 18) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
- 19) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;
- 20) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu podlegających badaniu w trybie art. 163, w terminie 3 dni roboczych od dnia ich uchwalenia;
- 21) nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 21a) przeprowadzanie kontroli, o której mowa w art. 64 i 189, jeżeli z uzyskanych informacji wynika konieczność przeprowadzenia takiej kontroli;
- 22) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi, organizacjami pracodawców, organizacjami świadczeniodawców oraz ubezpieczonych;
- 23) przekazywanie oddziałom wojewódzkim Funduszu do realizacji programów zdrowotnych zleconych przez właściwego ministra;
- 24) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;
- <24a) rozpatrywanie odwołań od decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 50 ust. 18;>**

- 25) ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu;
 - 26) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zestawień kwot, o których mowa w art. 4 i art. 34 ustawy o refundacji;
 - 27) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości informacji o wielkości kwoty refundacji wraz z procentowym wykonaniem całkowitego budżetu na refundację, o którym mowa w ustawie o refundacji;
 - 28) gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących prawomocnych orzeczeń sądów, o których mowa w ustawie o refundacji; informacje te nie podlegają udostępnieniu;
 - 29) gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji;
 - 30) gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących umów, o których mowa w art. 48 ustawy o refundacji;
 - 31) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości informacji o wielkości kwoty refundacji i ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych wraz z podaniem kodu identyfikacyjnego EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN;
 - 32) monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie wykonania zawartych w decyzji o objęciu refundacją instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji, oraz informowanie ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie wypełnienia przez wnioskodawcę postanowień zawartych w tej decyzji;
 - 33) realizacja zadań, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa.
6. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, Prezesa Funduszu zastępuje, na podstawie jego pisemnego upoważnienia, jeden z zastępców Prezesa Funduszu. W przypadku śmierci osoby pełniącej funkcję Prezesa Funduszu lub niemożności udzielenia przez niego takiego upoważnienia - upoważnienia udziela Rada Funduszu.
 7. Prezes Funduszu może udzielić zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu Funduszu oraz pracownikom centrali Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych i upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych w wykonaniu zadań, o których mowa w ust. 5.
 8. Pełnomocnictwa i upoważnienia, o których mowa w ust. 7, są udzielane na piśmie pod rygorem nieważności.

Art. 107.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu kieruje oddziałem wojewódzkim Funduszu i reprezentuje Fundusz na zewnątrz w zakresie właściwości danego oddziału.
2. Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje Prezes Funduszu, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Niewydanie opinii przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni jest równoznaczne z akceptacją kandydata na dyrektora oddziału wojewódzkiego albo zgodą na jego odwołanie.

3. Dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu może zostać osoba, która:
 - 1) posiada wykształcenie wyższe;
 - 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków dyrektora;
 - 3) nie była prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.
4. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu może wystąpić z wnioskiem do Prezesa Funduszu o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w przypadku gdy dyrektor oddziału wojewódzkiego:
 - 1) nie przedstawi radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu:
 - a) projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu,
 - b) projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu,
 - c) sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok,
 - d) corocznej prognozy przychodów i kosztów oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 2) nie udzieli, w terminie wyznaczonym przez radę oddziału wojewódzkiego Funduszu, informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 3) rażąco narusza obowiązki ustawowe.
5. Do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:
 - 1) efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 2) przygotowanie i przedstawianie radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów;
 - 3) przygotowanie i przedstawienie radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu na rok następny;
 - 4) sporządzanie projektu planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 5) realizacja planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu i planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 6) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok;
 - 7) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 8) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
 - 9) dokonywanie wyboru realizatorów programów zdrowotnych, w tym w imieniu danego ministra;
 - 10) zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych i programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji, oraz zawieranie i rozliczanie umów o realizację programów zdrowotnych;
 - 11) realizacja zadania, o którym mowa w art. 108;
 - 12) kontrola i monitorowanie:
 - a) ordynacji lekarskich,
 - b) realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

c) realizacji prawa do świadczeń dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 5 pkt 44a i 44b;

- 13) przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców i aptek;
- 14) monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej;
- 15) pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w oddziale wojewódzkim Funduszu;
- 16) wydawanie indywidualnych decyzji w sprawach ubezpieczenia zdrowotnego;
- 17) udzielanie, na żądanie Prezesa Funduszu lub rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego;
- 18) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie;
- 19) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie, rozliczanie i kontrola realizacji tych umów, na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 20) zawieranie umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 68;
- 21) zawieranie umów, o których mowa w art. 41 i art. 48 ustawy o refundacji;
- 22) kontrola, monitorowanie i rozliczanie umów, o których mowa w art. 41 i art. 48 ustawy o refundacji[./]<>

<23) wydawanie decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 50 ust. 18.>

6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może być jednocześnie:

- 1) Prezesem Funduszu albo jego zastępcą;
- 2) głównym księgowym Funduszu;
- 3) pracownikiem centrali Funduszu;
- 4) świadczeniodawcą;
- 5) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 6) posiadaczem akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty będące świadczeniodawcami oraz podmiotami, o których mowa w pkt 5;
- 7) osobą, o której mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-9.

7. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może wykonywać działalności gospodarczej.

8. Dyrektor oddziału wojewódzkiego, wykonując zadania, o których mowa w ust. 5, współpracuje z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu.

Art. 109.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia

zdrowotnego zalicza się sprawy dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń.

2. Do spraw, o których mowa w ust. 1, nie należą sprawy z zakresu wymierzania i pobierania składek na ubezpieczenie zdrowotne należące do właściwości organów ubezpieczeń społecznych.
 3. Wniosek o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w ust. 1, zgłasza ubezpieczony, a w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wniosek może zgłosić w szczególności Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub członek rodziny ubezpieczonego, także w zakresie dotyczącym objęcia ubezpieczeniem w okresie poprzedzającym złożenie wniosku.
- <3a. W przypadku gdy wnioskodawcą jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, do wniosku, o którym mowa w ust. 3, wnioskodawca dołącza kopie posiadanych dokumentów i informacje uzasadniające treść żądania.>**
4. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje sprawy, o których mowa w ust. 1, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia ich wniesienia, wydając decyzję. Uzasadnienie decyzji sporządza się z urzędu.
 5. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w ust. 1, wnosi się do Prezesa Funduszu w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania.
 6. W sprawach, o których mowa w ust. 1, w zakresie nieregulowanym niniejszą ustawą, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

DZIAŁ VIa

Transport sanitarny

Art. [161b.] **<161ba.>**

1. Transport sanitarny wykonywany jest specjalistycznymi środkami transportu lądowego, wodnego i lotniczego.
2. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 1, muszą spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

Art. 161e.

1. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w stosunku do wszystkich podmiotów wykonujących transport sanitarny, oraz wojewodzie, w stosunku do podmiotów wykonujących transport sanitarny, mających siedzibę na obszarze województwa, przysługuje prawo przeprowadzania czynności kontrolnych polegających na stwierdzeniu spełnienia przez specjalistyczne środki transportu sanitarnego wymagań, o których mowa w [art. 161b ust. 1 i 2] **<art. 161ba ust. 1 i 2>**.
2. Do przeprowadzania czynności kontrolnych, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy działu VI ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Art. 188.

1. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu:

[1) stwierdzenia istnienia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;]

<1) stwierdzenia istnienia ubezpieczenia zdrowotnego oraz prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz;>

- 2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;
- 3) stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;
- 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
- 5) rozliczenia ze świadczeniodawcami;
- 6) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Funduszu;
- 7) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 8) monitorowania stanu zdrowia i zapotrzebowania ubezpieczonych na świadczenia zdrowotne oraz leki i wyroby medyczne[.]<;>

<9) identyfikacji płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne.>

- 1a. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2, w celu:
 - 1) rozliczania ze świadczeniodawcami;
 - 2) rozliczania dotacji, o której mowa w art. 116 ust. 1 pkt 5;
 - 3) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
- 1b. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3, w celu rozliczania kosztów refundacji leków.
2. Fundusz jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz umów międzynarodowych w celu:
 - 1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych przez świadczeniodawców i Fundusz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
 - 5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
- 2a. Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych związanych z realizacją zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2 i 3a.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do przetwarzania danych osobowych:
 - 1) osób ubezpieczonych, w celu, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-8;
 - 2) osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, w celu określonym w ust. 2 pkt 2 i 3;

- 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.
4. Dla realizacji zadań, o których mowa w ust. 1-3, minister właściwy do spraw zdrowia i Fundusz mają prawo do przetwarzania następujących danych:
- 1) nazwisko i imię (imiona);
 - 2) nazwisko rodowe;
 - 3) data urodzenia;
 - 4) płeć;
 - 5) obywatelstwo;
 - 6) (uchylony);
 - 7) numer PESEL;
 - 8) (uchylony);
 - 9) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość - w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL;
 - 10) adres zamieszkania;
 - 11) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;

<11a) adres zameldowania;

11b) adres do korespondencji i inne dane pozwalające na skontaktowanie się z osobą, której dane Fundusz przetwarza w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;>

- 12) numer ubezpieczenia;
- 13) stopień pokrewieństwa z opłacającym składkę;

[14) stopień niepełnosprawności - w przypadku członka rodziny;]

<14) stopień niepełnosprawności;>

- 15) rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 43 ust. 1, art. 44 ust. 1, art. 45 ust. 1, art. 46 ust. 1 i art. 47, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy;
- 16) dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3;
- 17) przyczyn udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 18) nazwa instytucji właściwej osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- 19) dane dotyczące lekarza lub felczera wystawiającego receptę na refundowane leki lub wyroby medyczne;
- 20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza lub felczera, o którym mowa w pkt 19;
- 21) dane dotyczące apteki realizującej receptę na refundowane leki i wyroby medyczne;
- 22) data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;

<22a) kod tytułu ubezpieczenia;

22b) data powstania obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;

- 22c) data wypełnienia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego;>
- 23) data wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego;
- <23a) data wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;>
- [24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne;]
- <24) okres, za który opłacono składkę na ubezpieczenie zdrowotne, oraz dane dotyczące opłaconych, nieopłaconych, nieopłaconych w terminie i należnych składek na ubezpieczenie zdrowotne wraz ze wskazaniem okresu, jakiego dotyczą;>
- 25) dane o płatniku składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- 26) typ dokumentu uprawniającego do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 27) data zgonu[.]<;>
- <28) dane dotyczące wypadków przy pracy i chorób zawodowych, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 29) informacje, określające ustawodawstwo właściwe zgodnie z przepisami o koordynacji, będące w posiadaniu ubezpieczonego, jego pracodawcy, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 30) dane o przychodach z tytułów rodzących obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego;
- 31) okres uprawnień wynikających z art. 67 ust. 6 i 7;
- 32) informacje, czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
- 33) kod przyczyny wyrejestrowania z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.>
5. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszem obowiązani są do gromadzenia i przekazywania Funduszowi danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych.
6. Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby spośród wymienionych w art. 66 ust. 1 pkt 2-9, wobec których, z uwagi na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa form i metod realizacji zadań podlegających ochronie zgodnie z przepisami o ochronie informacji niejawnych, stosuje się odrębny tryb przetwarzania danych, o których mowa w ust. 4. Rozporządzenie powinno w szczególności określać dane osobowe, które będą przetwarzane, sposób ich przetwarzania oraz podmiot uprawniony do ich gromadzenia i przetwarzania.

[Art. 192.

Fundusz na żądanie ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków finansowych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń.]

<Art. 192.

1. Fundusz na żądanie świadczeniobiorcy informuje go o:

- 1) posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej oraz podstawie tego prawa, a w przypadku gdy prawo do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, także o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz numerach NIP i REGON

płatnika ubezpieczenia zdrowotnego – na podstawie informacji przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych;

- 2) udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie tych świadczeń.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, sposób, tryb i terminy występowania do Funduszu oraz udostępniania przez Fundusz informacji, o których mowa w ust. 1, mając na uwadze zakres informacji, o jaką występuje świadczeniobiorca, konieczność zapewnienia właściwej identyfikacji i uwierzytelniania świadczeniobiorcy oraz ochrony danych osobowych przed nieuprawnionym dostępem lub ujawnieniem.>

Art. 193.

Kto:

- 1) nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenie zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia,
 - <1a) nie dokonuje w terminie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego,>**
 - 2) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 3) nie odprowadza w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
 - 4) pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - 5) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - [6) będąc ubezpieczonym dobrowolnie nie zgłasza do Funduszu członków rodziny, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6,]*
 - <6) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny,>**
 - 7) podaje w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz nieprawdziwe informacje i dane
- podlega karze grzywny.