

MATERIAŁ PORÓWNAWCZY

do ustawy z dnia 20 maja 2021 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

(druk nr 398)

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.)

[Art. 9a.

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

<Art. 9a.

W celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia jednostka samorządu terytorialnego, uwzględniając w szczególności mapę potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1, wojewódzki plan transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, oraz dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane.>

Art. 10.

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

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

<1a) współpraca z ministrem właściwym do spraw zdrowia w zakresie określania w mapie potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1, rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa;

1b) ustalanie wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1;

1c) wydawanie opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1.>

2. (uchylony).

3. (uchylony).

Art. 11.

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

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

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

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

2) (uchylony);

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

3a) kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych;

3b) zatwierdzanie oraz zmiana taryfy świadczeń;

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

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

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

- 6) sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym w zakresie określonym w dziale VII;
 - 7) zatwierdzanie planu finansowego Funduszu w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych;
 - 8) opiniowanie sprawozdania finansowego Funduszu;
 - 9) przedkładanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia następnego roku sprawozdania rocznego z działalności Funduszu przygotowanego w trybie, o którym mowa w art. 187;
 - 9a) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu, członków Rady Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu;
 - 10) sprawowanie nadzoru nad Agencją;
 - 11) zatwierdzanie sprawozdań finansowych Agencji [.] <;>
 - <12) opracowywanie, ustalanie i aktualizowanie mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1;**
 - 13) opracowywanie, ustalanie, monitorowanie i aktualizowanie krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1;**
 - 14) ocena projektu wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, i jego zatwierdzanie;**
 - 15) wydawanie opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1.>**
 - 1a. Minister właściwy do spraw zdrowia oblicza średnie koszty, o których mowa w art. 94 i 95 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72, uwzględniając w szczególności Narodowy Rachunek Zdrowia.
 - 1b. Narodowy Rachunek Zdrowia opracowywany jest na podstawie badań prowadzonych na zasadzie obowiązku w rozumieniu ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 443).
 - 1c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Główny Urząd Statystyczny, organy administracji rządowej, organy jednostek samorządu terytorialnego, świadczeniodawcy oraz inne instytucje podejmujące czynności w zakresie organizowania, finansowania i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielają nieodpłatnie informacji koniecznych do obliczeń, o których mowa w ust. 1a.
 - 1d. Na potrzeby obliczeń, o których mowa w ust. 1a, przez świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego należy rozumieć wszystkie świadczenia
-

opieki zdrowotnej, których koszt został poniesiony przez jednostki należące do sektora finansów publicznych, wymienione w przepisach o finansach publicznych.

2. Do zadań ministra właściwego do spraw finansów publicznych w zakresie objętym ustawą należy w szczególności:
 - 1) sprawowanie nadzoru w zakresie gospodarki finansowej Funduszu na zasadach przewidzianych w niniejszej ustawie;
 - 2) zatwierdzanie sprawozdania finansowego Funduszu, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, oraz przedkładanie sprawozdania wraz z opinią ministra właściwego do spraw zdrowia Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej do dnia 31 sierpnia roku następującego po roku, którego to sprawozdanie dotyczy.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Agencji, może ogłosić, a w zakresie diagnostyki mającej na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanej dalej "diagnostyką onkologiczną", i leczenia mającego na celu wyleczenie tego nowotworu, zwanego dalej "leczeniem onkologicznym", ogłasza, w drodze obwieszczenia, zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia będące zgodnie z postanowieniami ich statutów towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny.
4. Obwieszczenia, o których mowa w ust. 3, są ogłaszane w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 31a.

1. Podstawą zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, jest jego ocena uwzględniająca następujące kryteria:
 - 1) wpływ na poprawę zdrowia obywateli przy uwzględnieniu:
 - [a) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 2,]*
 - <a) mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1,>**
 - b) wskaźników zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określonych na podstawie aktualnej wiedzy medycznej;
 - 2) skutki następstw choroby lub stanu zdrowia, w szczególności prowadzących do:
 - a) przedwczesnego zgonu,

- b) niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - c) niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
 - d) przewlekłego cierpienia lub przewlekłej choroby,
 - e) obniżenia jakości życia;
- 3) znaczenie dla zdrowia obywateli, przy uwzględnieniu konieczności:
- a) ratowania życia i uzyskania pełnego wyzdrowienia,
 - b) ratowania życia i uzyskania poprawy stanu zdrowia,
 - c) zapobiegania przedwczesnemu zgonowi,
 - d) poprawiania jakości życia bez istotnego wpływu na jego długość;
- 4) skuteczność kliniczną i bezpieczeństwo;
- 5) stosunek uzyskiwanych korzyści zdrowotnych do ryzyka zdrowotnego;
- 6) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych;
- 7) skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

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

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

Art. 31n.

Do zadań Agencji należy:

- 1) realizacja zadań związanych z oceną świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie:
 - a) wydawania rekomendacji w sprawie:
 - kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego,
 - określania lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego,
 - usuwania danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych,
 - zmiany technologii medycznej,

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

- b) opracowywania raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej,
 - c) opracowywania analiz weryfikacyjnych, o których mowa w art. 35 ustawy o refundacji;
- 1a) realizacja zadań związanych z określeniem taryf świadczeń w zakresie:
 - a) określania taryfy świadczeń,
 - b) opracowywania raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń;
 - 1b) opracowywanie propozycji zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31lc ust. 7;
 - 2) opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o metodyce przeprowadzania oceny technologii medycznych oraz o technologiach medycznych opracowywanych w Rzeczypospolitej Polskiej i w innych krajach;
 - 2a) opracowywanie, weryfikacja, gromadzenie, udostępnianie i upowszechnianie informacji o zasadach określania taryfy świadczeń;
 - <2b) przygotowywanie i przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia danych i analiz niezbędnych do sporządzenia mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1;>**
 - 3) opiniowanie projektów programów polityki zdrowotnej;
 - 3a) (uchylony);
 - 3b) przygotowywanie raportów, o których mowa w art. 48aa ust. 1;
 - 3c) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wykazów ustalonych zgodnie z art. 40a ust. 2 i 8 ustawy o refundacji;
 - 3d) monitorowanie efektywności praktycznej i jakości procesu terapeutycznego technologii lekowych finansowanych ze środków Funduszu Medycznego na podstawie danych otrzymanych od podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;
 - 4) prowadzenie działalności szkoleniowej w zakresie zadań, o których mowa w pkt 1-3;
 - 4a) sporządzanie opinii, o których mowa w art. 11 ust. 3;
 - 4b) inicjowanie, wspieranie i prowadzenie analiz oraz badań naukowych i prac rozwojowych w zakresie oceny technologii medycznych, taryfikacji świadczeń oraz sporządzanie oceny założeń do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 5) realizacja innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 31o.

1. Organem Agencji jest Prezes Agencji.

2. Do zakresu działania Prezesa Agencji należy:

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

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

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

1c) ustalenie wykazów na podstawie art. 40a ust. 2 i 8 ustawy o refundacji;

1d) monitorowanie efektywności i jakości procesu farmakoterapii na podstawie danych otrzymanych od podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych;

<1e) opiniowanie projektu krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1;>

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

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

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

5) publikacja w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji:

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

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

c) rekomendacji Prezesa Agencji,

d) raportów w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej,

e) opinii o projektach programów polityki zdrowotnej,

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

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

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

i) wykazów na podstawie art. 40a ust. 2 i 8 ustawy o refundacji,

j) raportu, o którym mowa w art. 40a ust. 7 ustawy o refundacji.

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

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

Art. 48a.

[1. Minister oraz jednostka samorządu terytorialnego opracowują projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6, oraz dostępnych danych epidemiologicznych.]

<1. Minister oraz jednostka samorządu terytorialnego opracowują projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1, oraz dostępnych danych epidemiologicznych.>

2. Program polityki zdrowotnej określa:

- 1) nazwę programu polityki zdrowotnej;
- 2) okres realizacji programu polityki zdrowotnej;
- 3) podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej;
- 4) podstawę prawną opracowania programu polityki zdrowotnej;
- 5) opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej wraz z danymi epidemiologicznymi i opisem obecnego postępowania;
- 6) wskazanie rekomendacji, o której mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6, której zalecenia uwzględni program polityki zdrowotnej;
- 7) cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji;
- 8) charakterystykę populacji docelowej, w tym kryteria kwalifikacji do udziału w programie i kryteria wyłączenia, oraz charakterystykę interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej, w tym sposób udzielania świadczeń w ramach programu, a także wskazanie, czy i w jaki sposób interwencje te są zgodne z przepisami dotyczącymi świadczeń gwarantowanych oraz czy są zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;
- 9) organizację programu polityki zdrowotnej, w szczególności etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów, oraz warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych;
- 10) sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej;

- 11) budżet programu polityki zdrowotnej, w tym koszty jednostkowe i całkowite oraz źródła finansowania programu polityki zdrowotnej.
3. Projekt programu polityki zdrowotnej jest opracowywany według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16.
4. Projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do Agencji w celu wydania przez Prezesa Agencji opinii w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej.
5. Przepisu ust. 4 nie stosuje się do:
- 1) projektu programu polityki zdrowotnej:
 - a) będącego kontynuacją w niezmienionej formie programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie, dla którego Prezes Agencji wydał pozytywną albo warunkowo pozytywną opinię,
 - b) dotyczącego choroby lub problemu zdrowotnego, dla których zostały wydane rekomendacje, o których mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6, i program został opracowany zgodnie z tymi rekomendacjami;
 - 2) aktualizacji treści programu polityki zdrowotnej opracowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jeżeli nie powodują one zmiany celów głównych i celów szczegółowych programu polityki zdrowotnej, w szczególności dotyczących:
 - a) przesunięcia w czasie realizacji zaplanowanych działań,
 - b) zmiany zakresu zaplanowanych działań uwarunkowanej poziomem finansowania programu polityki zdrowotnej,
 - c) konieczności weryfikacji mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.
6. Jeżeli projekt programu polityki zdrowotnej nie został opracowany według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16, Prezes Agencji wzywa podmiot, który opracował projekt, do jego poprawienia.
7. Prezes Agencji sporządza opinię, o której mowa w ust. 4, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania projektu programu polityki zdrowotnej albo poprawionego projektu programu. Opinię sporządza się na podstawie kryteriów, o których mowa w:
- 1) art. 31a ust. 1 - w przypadku projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego przez ministra;
 - 2) art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 - w przypadku projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego przez jednostkę samorządu terytorialnego.
8. W celu sporządzenia opinii, o której mowa w ust. 4:
-

- 1) Agencja sporządza raport w sprawie oceny projektu programu polityki zdrowotnej na podstawie kryteriów, o których mowa w:
 - a) art. 31a ust. 1 - w przypadku projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego przez ministra,
 - b) art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 - w przypadku projektu programu polityki zdrowotnej opracowanego przez jednostkę samorządu terytorialnego;
 - 2) Prezes Agencji przekazuje raport, o którym mowa w pkt 1, Radzie Przejrzystości;
 - 3) Rada Przejrzystości na podstawie raportu, o którym mowa w pkt 1, przedstawia opinię w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej, którą przekazuje Prezesowi Agencji.
9. Przed sporządzeniem raportu, o którym mowa w ust. 8 pkt 1, Prezes Agencji może zasięgnąć opinii konsultantów w ochronie zdrowia lub innych ekspertów z poszczególnych dziedzin medycyny, w szczególności odpowiednich dla danej choroby lub danego problemu zdrowotnego.
10. Prezes Agencji niezwłocznie przekazuje opinię, o której mowa w ust. 4, podmiotowi, który opracował projekt programu polityki zdrowotnej.
11. Rozpoczęcie wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej albo warunkowo pozytywnej opinii, o której mowa w ust. 4, albo po przesłaniu do Agencji oświadczenia, o którym mowa w art. 48aa ust. 11.
12. Podmiot, który otrzymał warunkowo pozytywną opinię, o której mowa w ust. 4, jest obowiązany do wprowadzenia w projekcie programu polityki zdrowotnej zmian zgodnych z tą opinią przed rozpoczęciem wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej.
13. Po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej minister oraz jednostka samorządu terytorialnego sporządzają raport końcowy z realizacji programu według wzoru określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 16.
14. Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej określa:
- 1) nazwę programu polityki zdrowotnej;
 - 2) przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji oraz okres jego faktycznej realizacji;
 - 3) opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej;
 - 4) charakterystykę interwencji zrealizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej;
-

- 5) wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej;
 - 6) koszty realizacji programu polityki zdrowotnej;
 - 7) informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej, oraz o podjętych w związku z nimi działaniach modyfikujących.
15. Raport, o którym mowa w ust. 13, sporządza się w terminie 3 miesięcy od dnia zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej i niezwłocznie przekazuje do Agencji oraz udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej podmiotu, o którym mowa w ust. 1.
16. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór programu polityki zdrowotnej oraz wzór raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, wraz z opisem sposobu sporządzenia projektu programu oraz raportu, biorąc pod uwagę zapewnienie jednolitości tworzenia programów polityki zdrowotnej i konieczność przedstawienia wyników ich realizacji.
17. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin "Za życiem" przyjętego na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin "Za życiem" (Dz. U. z 2019 r. poz. 473 i 1818).
18. Do programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 17, nie stosuje się przepisów ust. 1-16.

Art. 48d.

1. Fundusz może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d, w kwocie nieprzekraczającej:
 - 1) 80% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców nieprzekraczającej 5 tys.;
 - 2) 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostki samorządu terytorialnego innej niż wymieniona w pkt 1.
- [2. W celu uzyskania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego składa wnioski do Prezesa Funduszu. Do wniosku dołącza się pozytywną opinię Agencji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2, oraz pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c, oraz zgodności z celami*

operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1492, z 2019 r. poz. 447 oraz z 2020 r. poz. 322).]

- <2. W celu uzyskania dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego składa wnioski do Prezesa Funduszu. Do wniosku dołącza się pozytywną opinię Agencji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2, albo oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją Prezesa Agencji, o którym mowa w art. 48aa ust. 11, oraz pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183 i 694).>**
3. Prezes Funduszu dokonuje oceny wniosku oraz załączonych dokumentów oraz podejmuje decyzję o dofinansowaniu programu, którego wniosek dotyczy, uwzględniając wpływ planowanych działań na poprawę stanu zdrowia populacji objętej programem oraz możliwości finansowe Funduszu.
4. Przekazanie środków w ramach dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej przez Prezesa Funduszu z organem wykonawczym jednostki samorządu terytorialnego. Jednostka samorządu terytorialnego zwraca Funduszowi środki niewykorzystane lub wykorzystane niezgodnie z przeznaczeniem.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określi, w drodze rozporządzenia, tryb składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie, o których mowa w ust. 2, oraz tryb rozliczania przekazanych środków i zwrotu, o którym mowa w ust. 4, uwzględniając konieczność równego traktowania jednostek samorządu terytorialnego składających wnioski oraz efektywne rozliczanie tych środków.

Art. 61s.

1. Ustalenia kontroli zamieszcza się w wystąpieniu pokontrolnym.
2. Wystąpienie pokontrolne zawiera w szczególności:
 - 1) zwięzły opis ustalonego stanu faktycznego, w tym nieprawidłowości i ich zakres, a także ocenę;
 - 2) zalecenia pokontrolne, jeżeli zostały sformułowane;

- 3) sankcje:
 - a) zgodnie z postanowieniami wynikającymi z umowy lub zgodnie z przepisami ustawy o refundacji,
 - b) polegające na zwrocie do Funduszu nie więcej niż 50% środków publicznych przekazanych za okres objęty kontrolą, o której mowa w art. 61a ust. 2a, wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych;
- 4) informacje o wystąpieniu o nałożenie innych przewidzianych prawem sankcji;
- 5) pouczenie o prawie zgłoszenia zastrzeżeń.

[3. Wystąpienie pokontrolne podpisuje kontroler przeprowadzający kontrolę.]

<3. Wystąpienie pokontrolne podpisuje kontroler przeprowadzający kontrolę oraz kierownik komórki organizacyjnej Funduszu, o której mowa w art. 61d ust. 7.>

4. Wystąpienie pokontrolne doręcza się kierownikowi podmiotu kontrolowanego.
5. Prezes Funduszu określa, w drodze decyzji administracyjnej, wysokość zwrotu środków publicznych, o którym mowa w ust. 2 pkt 3 lit. b, w przypadku:
 - 1) nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób ograniczający ich dostępność;
 - 3) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób nieodpowiadający obowiązującym przepisom lub wymaganiom określonym przez Prezesa Funduszu;
 - 4) przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Fundusz dokonał rozliczeń ze świadczeniodawcą;
 - 5) niewykonania przez świadczeniodawcę w terminie zaleceń pokontrolnych.
6. Decyzja, o której mowa w ust. 5, jest ostateczna. Świadczeniodawcy przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego.
7. Kwota wynikająca z sankcji, o której mowa w ust. 2 pkt 3 lit. b, podlega ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Art. 61y.

1. W Funduszu tworzy się korpus kontrolerski.
2. W skład korpusu kontrolerskiego wchodzi pracownicy Funduszu będący kontrolerami.
3. Kontrolerem może być pracownik Funduszu, który:
 - 1) posiada obywatelstwo polskie;
 - 2) ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych;

- 3) nie był karany za popełnione z winy umyślnej przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
 - 4) ma wyższe wykształcenie;
 - 5) złożył egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera z wynikiem pozytywnym;
 - 6) nie pełnił służby zawodowej ani nie pracował w organach bezpieczeństwa państwa wymienionych w art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 306, 284 i 322), ani nie był ich współpracownikiem.
- 3a. Potwierdzenie spełniania warunków, o których mowa w ust. 3 pkt 1-3, może nastąpić na podstawie oświadczenia.
- 3b. Potwierdzenie spełniania warunku, o którym mowa w ust. 3 pkt 6, następuje na podstawie oświadczenia lustracyjnego lub informacji o złożeniu oświadczenia lustracyjnego składanych na zasadach określonych w ustawie z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów.
4. Kontrolera powołuje i odwołuje Prezes Funduszu. Z dniem powołania dotychczasowa umowa o pracę przekształca się w stosunek pracy na podstawie powołania, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy.
5. Egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera obejmuje:
- 1) wiedzę i umiejętności w zakresie kontroli;
 - 2) znajomość aktów prawnych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz dotyczących funkcjonowania organów administracji publicznej;
 - 3) (uchylony).
6. Do egzaminu, o którym mowa w ust. 5, może przystąpić osoba, która jest zatrudniona w Funduszu.
- [7. Egzamin, o którym mowa w ust. 5, jest przeprowadzany raz na kwartał. Przystąpić do egzaminu można raz w roku kalendarzowym.]*
- <7. Egzamin, o którym mowa w ust. 5, jest przeprowadzany raz na kwartał. Przystąpić do egzaminu można dwa razy w roku kalendarzowym.>**
8. Komisję egzaminacyjną do przeprowadzenia egzaminu, o którym mowa w ust. 5, powołuje i odwołuje Prezes Funduszu.

9. Prezes Funduszu określi sposób przygotowania i przeprowadzania egzaminu, o którym mowa w ust. 5.
10. Prezes Funduszu odwołuje ze stanowiska kontrolera osobę, która:
 - 1) złożyła rezygnację ze stanowiska;
 - 2) przestała spełniać warunki określone w ust. 3 pkt 1-4 i 6;
 - 3) jest nieobecna w pracy powyżej 3 miesięcy z powodu tymczasowego aresztowania;
 - 4) naruszyła w stopniu ciężkim podstawowe obowiązki pracownicze;
 - 5) realizowała kontrole w sposób nierzetelny, niezgodny z przepisami lub uniemożliwiający osiągnięcie celu kontroli, w szczególności kwestionując w sposób powtarzalny wyłącznie naruszenia niemające znaczącego charakteru lub pomijając naruszenia istotne;
 - 6) nie złożyła lub złożyła niezgodne z prawdą oświadczenie, o którym mowa w art. 112 ust. 3.
11. Obsługę pracowników komórki organizacyjnej Funduszu, która prowadzi kontrole, w tym pracowników wchodzących w skład korpusu kontrolerskiego, zapewniają centrala oraz oddziały wojewódzkie Funduszu.

[Art. 95a.

1. *Dla obszaru województwa sporządza się regionalną mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej "Mapą Regionalną", uwzględniającą specyfikę potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych.*
2. *Mapę Regionalną dla danego województwa sporządza właściwy wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych, o której mowa w art. 95b.*
3. *Mapę Regionalną sporządza się raz na 5 lat.*
4. *Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny przygotowuje projekt Mapy Regionalnej, w szczególności na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oraz przekazuje go właściwemu wojewodzie w terminie do dnia 15 października roku poprzedzającego o 1 rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania Mapy Regionalnej.*
5. *Wojewoda na podstawie projektu, o którym mowa w ust. 4, sporządza Mapę Regionalną i przekazuje ją do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny w terminie do dnia 1 lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania Mapy Regionalnej.*

6. *Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny na podstawie Map Regionalnych sporządza Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej "Mapą Ogólnopolską".*
7. *Mapę Ogólnopolską i Mapy Regionalne, zwane dalej "mapami", Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do zatwierdzenia do dnia 1 kwietnia roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map.*
8. *Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza mapy w terminie do dnia 1 czerwca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych map. Przed zatwierdzeniem minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmian map.*
9. *Zatwierdzone mapy są publikowane na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz urzędów obsługujących wojewodów.*
10. *Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny monitoruje aktualność map. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia corocznie do dnia 30 czerwca wyniki monitorowania map za rok poprzedni.*
- 10a. *Minister właściwy do spraw zdrowia może dokonać zmiany map na podstawie informacji otrzymanych w wyniku monitorowania, o którym mowa w ust. 10, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania tych informacji.*
11. *Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres treści map, kierując się potrzebą zapewnienia skutecznego narzędzia planowania zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem specyfiki potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnych.*

Art. 95b.

1. *Tworzy się Wojewódzką Radę do spraw Potrzeb Zdrowotnych, zwaną dalej "Wojewódzką Radą". W skład Wojewódzkiej Rady wchodzi konsultanci wojewódzcy oraz ośmiu członków wyróżniających się wiedzą w zakresie zdrowia publicznego powołanych przez wojewodę, w tym:*
 - 1) *jeden przedstawiciel wojewody;*
 - 2) *jeden przedstawiciel marszałka województwa;*
 - 3) *jeden przedstawiciel dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;*

- 4) *jeden przedstawiciel Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny;*
 - 5) *jeden przedstawiciel wojewódzkiego Urzędu Statystycznego;*
 - 6) *jeden przedstawiciel szkół wyższych kształcących na kierunkach medycznych mających siedzibę na terenie województwa;*
 - 7) *jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa;*
 - 8) *jeden przedstawiciel reprezentatywnych organizacji pracodawców.*
2. *Pracami Wojewódzkiej Rady kieruje przedstawiciel wojewody, jako jej przewodniczący.*
 3. *Obsługę organizacyjną Wojewódzkiej Rady zapewnia urząd obsługujący wojewodę.*
 4. *Wojewódzka Rada działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.*
 5. *Podmioty określone w ust. 1 pkt 3-5 oraz Główny Urząd Statystyczny przekazują nieodpłatnie, na wniosek wojewody, dane niezbędne do sporządzenia Mapy Regionalnej, w terminie 14 dni.*

Art. 95c.

1. *Na podstawie Mapy Regionalnej wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą ustala priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, w terminie do dnia 1 września roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tych priorytetów, mając na uwadze stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych najwyższej wartości. Priorytety ustala się na okres, na który sporządza się Mapę Regionalną.*
2. *Wojewoda w porozumieniu z Wojewódzką Radą dokonuje aktualizacji priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej w przypadku zmiany Mapy Regionalnej, o której mowa w art. 95a ust. 10a, w terminie 2 miesięcy od dnia dokonania tej zmiany.]*

<Art. 95a.

1. **Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „mapą”, w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, obejmującą:**
 - 1) **analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego;**
-

- 2) wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na terenie województw.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1.
3. Wyniki analiz, o których mowa w ust. 1 pkt 1, są aktualizowane co roku i zamieszczane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej tego ministra oraz przekazywane do zamieszczenia w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej właściwego wojewody.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, może zlecić Agencji, Funduszowi oraz Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – Państwowemu Zakładowi Higieny przygotowanie niezbędnych danych i analiz.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, współpracuje z wojewodami w zakresie określania w mapie rekomendowanych kierunków działań dla danego województwa.
6. Mapę ustala się na okres 5 lat.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza mapę, w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym tego ministra, w terminie do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego o jeden rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania krajowego planu transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1, i wojewódzkiego planu transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1.

Art. 95b.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, ustala, monitoruje i aktualizuje krajowy plan transformacji, zwany dalej „krajowym planem”, uwzględniający rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.
2. Krajowy plan obejmuje:
 - 1) potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym;
 - 2) działania wymagające koordynowania na poziomie ponadregionalnym;

- 3) planowany rok lub lata, w których działania, o których mowa w pkt 2, będą realizowane;
 - 4) podmioty odpowiedzialne za realizację działań, o których mowa w pkt 2;
 - 5) szacunkowe koszty działań, o których mowa w pkt 2;
 - 6) oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, o których mowa w pkt 2;
 - 7) wskaźniki realizacji poszczególnych działań, o których mowa w pkt 2, w tym określające zabezpieczenie zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 15 ust. 2.
3. Krajowy plan może obejmować działania podejmowane w celu przeciwdziałania wystąpieniu stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz zwalczania skutków wystąpienia tych stanów.
 4. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje projekt krajowego planu Radzie Dialogu Społecznego, Prezesowi Funduszu, Prezesowi Agencji oraz Dyrektorowi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, konsultantom krajowym w ochronie zdrowia, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Kardiologii, Dyrektorowi Narodowego Instytutu Onkologii do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.
 5. Krajowy plan ustala się na okres 5 lat.
 6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza krajowy plan, w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym tego ministra w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego o jeden rok kalendarzowy pierwszy rok obowiązywania tego planu.
 7. Minister właściwy do spraw zdrowia zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej informację o realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7. Informacja jest zamieszczana corocznie, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.
 8. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie do dnia 30 czerwca trzeciego roku kalendarzowego obowiązywania krajowego planu, sporządza sprawozdanie śródkresowe z jego realizacji i zamieszcza je w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej.
 9. Sprawozdanie śródkresowe z realizacji krajowego planu zawiera:

- 1) opis działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2, rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie;
 - 2) opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w mapie;
 - 3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2, zrealizowanych lub rozpoczętych w danym okresie;
 - 4) stopień realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7;
 - 5) określenie nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej;
 - 6) wnioski wynikające z realizacji krajowego planu;
 - 7) propozycje aktualizacji działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2.
10. Krajowy plan podlega aktualizacji na podstawie sprawozdania śródk okresowego z realizacji tego planu w przypadku:
- 1) osiągnięcia założonych wartości wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7, przed upływem okresu 5 lat lub
 - 2) identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym.
11. Do aktualizacji krajowego planu stosuje się odpowiednio przepisy ust. 4. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia zaktualizowany krajowy plan nie później niż do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego pierwszy rok jego obowiązywania.
12. W terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania krajowego planu, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji tego planu zawierające dane określone w ust. 9 pkt 1–6, które zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej.

Art. 95c.

1. Wojewoda ustala dla obszaru województwa wojewódzki plan transformacji, zwany dalej „wojewódzkim planem”, uwzględniający krajowy plan i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia.
-

2. Wojewódzki plan obejmuje:

- 1) **potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa;**
- 2) **działania wymagające koordynowania na poziomie województwa;**
- 3) **planowany rok lub lata, w których działania, o których mowa w pkt 2, będą realizowane;**
- 4) **podmioty odpowiedzialne za realizację działań, o których mowa w pkt 2;**
- 5) **szacunkowe koszty działań, o których mowa w pkt 2;**
- 6) **oczekiwane rezultaty wynikające z realizacji działań, o których mowa w pkt 2;**
- 7) **wskaźniki realizacji poszczególnych działań, o których mowa w pkt 2, w tym określające zabezpieczenie zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 15 ust. 2.**

3. Wojewódzki plan może obejmować działania podejmowane na danym obszarze w celu przeciwdziałania wystąpieniu stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, oraz zwalczania skutków wystąpienia tych stanów.

4. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu marszałkowi województwa, konwentowi powiatów danego województwa, wojewódzkim konsultantom w ochronie zdrowia, Prezesowi Funduszu oraz wojewódzkiej radzie dialogu społecznego do zaopiniowania z terminem zgłaszania uwag 30 dni od dnia jego otrzymania. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z opinią pozytywną.

5. Wojewoda przekazuje projekt wojewódzkiego planu w celu dokonania oceny tego projektu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie do ostatniego dnia lutego roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tego planu.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania projektu wojewódzkiego planu, dokonuje oceny tego projektu w zakresie:

- 1) **zgodności z mapą,**
- 2) **zgodności z krajowym planem,**
- 3) **zgodności z innymi dokumentami strategicznymi w ochronie zdrowia,**
- 4) **celowości uwzględnienia działań wykraczających poza zakres rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w mapie,**

- 5) adekwatności przyjętych w projekcie wojewódzkiego planu działań do potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa
– a następnie zatwierdza projekt wojewódzkiego planu albo przekazuje wojewodzie uwagi do projektu.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia zatwierdza wojewódzki plan po uwzględnieniu uwag przez wojewodę.
8. Zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia wojewódzki plan wojewoda ogłasza, w drodze obwieszczenia, w wojewódzkim dzienniku urzędowym, nie później niż do dnia 15 lipca roku poprzedzającego pierwszy rok obowiązywania tego planu.
9. Wojewódzki plan ustala się na okres 5 lat.
10. Wojewoda zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej informację o realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7, i przekazuje ją ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Informacja jest zamieszczana corocznie, w terminie do dnia 30 kwietnia roku następującego po roku, którego informacja dotyczy.
11. Wojewoda, w terminie do dnia 30 czerwca trzeciego roku kalendarzowego obowiązywania wojewódzkiego planu, sporządza sprawozdanie śródkresowe z jego realizacji, zamieszcza je w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
12. Sprawozdanie śródkresowe z realizacji wojewódzkiego planu zawiera:
- 1) opis działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2, rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie;
 - 2) opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w mapie;
 - 3) wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2, zrealizowanych lub rozpoczętych w danym okresie;
 - 4) stopień realizacji wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7;
 - 5) określenie nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej;
 - 6) wnioski wynikające z realizacji wojewódzkiego planu;
 - 7) propozycje aktualizacji działań, o których mowa w ust. 2 pkt 2.

13. Wojewódzki plan podlega aktualizacji na podstawie sprawozdania śródkresowego z realizacji tego planu w przypadku:
- 1) osiągnięcia założonych wartości wskaźników, o których mowa w ust. 2 pkt 7, przed upływem okresu 5 lat lub
 - 2) identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa;
 - 3) konieczności doprowadzenia do zgodności wojewódzkiego planu z krajowym planem po jego aktualizacji.
14. Wojewoda przekazuje projekt zaktualizowanego wojewódzkiego planu w celu zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 3 miesięcy od dnia zamieszczenia w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej sprawozdania śródkresowego z realizacji tego planu. Do aktualizacji wojewódzkiego planu stosuje się odpowiednio przepisy ust. 4 i 7. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje oceny, zgodnie z ust. 6, projektu zaktualizowanego wojewódzkiego planu w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania tego projektu. Wojewoda ogłasza, w drodze obwieszczenia, w wojewódzkim dzienniku urzędowym, zaktualizowany wojewódzki plan nie później niż do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego pierwszy rok jego obowiązywania.
15. W terminie do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania wojewódzkiego planu, wojewoda sporządza końcowe sprawozdanie z realizacji tego planu zawierające dane określone w ust. 12 pkt 1–6, które zamieszcza w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.>

<Art. 95ca.

1. W celu opracowania projektu wojewódzkiego planu oraz monitorowania i aktualizacji tego planu tworzy się wojewódzką radę do spraw potrzeb zdrowotnych, zwaną dalej „województwską radą”.
 2. W skład wojewódzkiej rady wchodzi:
 - 1) wojewoda albo osoba przez niego wyznaczona, jako jej przewodniczący;
 - 2) dwóch przedstawicieli wojewody;
 - 3) trzech przedstawicieli Prezesa Funduszu;
-

- 4) jeden przedstawiciel Prezesa Agencji;
 - 5) jeden przedstawiciel marszałka województwa;
 - 6) jeden przedstawiciel konwentu powiatów danego województwa;
 - 7) jeden przedstawiciel państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego;
 - 8) jeden przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta;
 - 9) jeden przedstawiciel dyrektora Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny;
 - 10) jeden przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia.
3. Wojewoda powołuje członków wojewódzkiej rady, z tym że członkowie, o których mowa w ust. 2 pkt 3–10, są powoływani na wniosek właściwego organu lub podmiotu.
 4. W przypadku niezgłoszenia kandydata do wojewódzkiej rady przez organy lub podmioty, o których mowa w ust. 2 pkt 3–10, w terminie 21 dni od dnia powiadomienia przez wojewodę o zamiarze powołania wojewódzkiej rady lub zmianach w jej składzie, członka wskazuje wojewoda spośród ekspertów w sprawach należących do kompetencji organu lub podmiotu, który nie zgłosił kandydata.
 5. Członkiem wojewódzkiej rady może być wyłącznie osoba, która posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie organizacji ochrony zdrowia i udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wypełniania obowiązków członka oraz nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.
 6. Wojewoda odwołuje członka wojewódzkiej rady z własnej inicjatywy albo na wniosek właściwego organu lub podmiotu, o których mowa w ust. 2 pkt 3–10. W przypadku odwołania członka wojewódzkiej rady z własnej inicjatywy wojewoda niezwłocznie powiadamia o tym właściwy organ lub podmiot.
 7. Wojewoda odwołuje z własnej inicjatywy członka wojewódzkiej rady powoływanego na wniosek właściwego organu lub podmiotu, o których mowa w ust. 2 pkt 3–10, przed upływem kadencji, w przypadku:
 - 1) rezygnacji członka;
 - 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
 - 3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 posiedzeniach wojewódzkiej rady;
-

- 4) zaprzestania spełniania któregokolwiek z wymagań, o których mowa w ust. 5.
8. Kadencja wojewódzkiej rady trwa 5 lat, licząc od dnia pierwszego posiedzenia wojewódzkiej rady. Pierwsze posiedzenie wojewódzkiej rady zwołuje przewodniczący wojewódzkiej rady.
9. Wojewódzka rada podejmuje uchwały w formie pisemnej w postaci papierowej albo elektronicznej zwykłą większością głosów w obecności co najmniej połowy jej członków. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos przewodniczącego wojewódzkiej rady.
10. Wojewódzka rada może zasięgać opinii konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, lub innych ekspertów w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu.
11. Obsługę wojewódzkiej rady zapewnia komórka organizacyjna odpowiedzialna za prowadzenie spraw związanych ze zdrowiem w urzędzie obsługującym wojewodę.
12. Szczegółowy tryb pracy wojewódzkiej rady określa regulamin pracy wojewódzkiej rady uchwalony przez wojewódzką radę.
13. Członkom wojewódzkiej rady oraz osobom, o których mowa w ust. 10, w związku z wykonywanymi czynnościami przysługuje zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.
14. Pracodawca jest obowiązany zwolnić pracownika od pracy na czas niezbędny do wzięcia udziału w posiedzeniach wojewódzkiej rady. W przypadku skorzystania przez pracownika ze zwolnienia od pracy pracodawca wydaje zaświadczenie określające wysokość utraconego wynagrodzenia za czas tego zwolnienia w celu uzyskania przez pracownika od wojewody rekompensaty pieniężnej z tego tytułu – w wysokości przewidzianej w zaświadczeniu, chyba że obowiązujące u danego pracodawcy przepisy prawa pracy przewidują zachowanie przez pracownika prawa do wynagrodzenia za czas zwolnienia.
15. Koszty funkcjonowania wojewódzkiej rady są pokrywane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji wojewody.>

Art. 95f.

1. Wnioski o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, są rozpatrywane według kolejności ich wpływu.
2. Organ wydający opinię sprawdza kompletność wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1. W przypadku braków formalnych wniosku organ wzywa do ich uzupełnienia w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, bez rozpatrzenia.
3. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się wyłącznie na podstawie:
 - 1) informacji przedstawionych we wniosku;
[2) priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;]
<2) krajowego planu albo wojewódzkiego planu;>
 - 3) danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
[4) Mapy Regionalnej albo Mapy Ogólnopolskiej;]
<4) mapy;>
 - 5) opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda;
 - 6) opinii Prezesa Funduszu - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia;
[7) informacji przedstawionych w innych, złożonych wcześniej wnioskach, o których mowa w art. 95e ust. 1, oraz wydanych opiniach, o których mowa w art. 95d ust. 1, w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację map oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;]
<7) informacji przedstawionych w innych, złożonych wcześniej wnioskach, o których mowa w art. 95e ust. 1, oraz wydanych opiniach, o których mowa w art. 95d ust. 1, w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację mapy, oraz krajowego planu albo wojewódzkiego planu;>
 - 8) opinii Komisji - w przypadku inwestycji, których wartość kosztorysowa przekracza 50 mln zł.
4. W terminie 7 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, organ wydający opinię przekazuje, za pośrednictwem systemu IOWISZ, wypełniony przez podmiot wnioskujący formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia do zaopiniowania:

- 1) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda;
 - 2) Prezesowi Funduszu - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia.
5. Podmioty określone w ust. 4 wydają opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 5 i 6, w terminie 14 dni od dnia doręczenia, za pośrednictwem systemu IOWISZ, wniosku Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Opinie te przekazuje się odpowiednio wojewodzie albo ministrowi właściwemu do spraw zdrowia za pośrednictwem systemu IOWISZ.
6. Opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 5 i 6, wydaje się na formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia na podstawie danych zawartych we wniosku, uwzględniając:
- [1) priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;]*
- <1) krajowy plan – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia, a wniosek dotyczy inwestycji innej niż określona w pkt 1a;>**
- <1a) wojewódzki plan – w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, a inwestycja, której dotyczy wniosek, zaspokaja wyłącznie potrzeby zdrowotne o charakterze lokalnym;>**
- 2) dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
- [3) Mapę Regionalną - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, a inwestycja, której dotyczy wniosek, zaspokaja wyłącznie potrzeby zdrowotne o charakterze lokalnym;]*
- <3) mapę.>**
- [4) Mapę Ogólnopolską - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia, a wniosek dotyczy inwestycji innej niż określona w pkt 3.]*
7. W przypadku awarii systemu IOWISZ trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie czynności, o których mowa w ust. 4-6, termin określony odpowiednio w ust. 4 albo 5 przedłuża się o czas trwania awarii.
8. Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, nie może być wyższa niż 50% maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze

Zdrowia. W przypadku uzyskania liczby punktów mniejszej niż minimalna wydaje się opinię negatywną.

9. Podmiot wnioskujący, organ wydający opinię, Prezes Funduszu i dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, każdy w zakresie swojej właściwości, wypełniają, za pośrednictwem systemu IOWISZ, formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, dokonując oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, przez przyznanie punktów za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz uzasadnienie tej oceny. Organ wydający opinię, Prezes Funduszu i dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządzają uzasadnienie wyłącznie w przypadku, gdy proponowana ocena lub uzasadnienie oceny danego kryterium jest inna niż przedstawiona przez podmiot wnioskujący w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

Art. 95h.

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

- 1) wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów,
- 2) sposób obliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, w tym sposób obliczania tego wyniku przez każdy z podmiotów określonych w art. 95f ust. 9,
- 3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1

[- mając na celu uwzględnienie w opinii map i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c, zapewnienie jednolitości wniosków, porównywalnej i spójnej metodyki dokonywania oceny celowości inwestycji i jej przejrzystości oraz jej zbieżności z potrzebami istotnymi z punktu widzenia ochrony zdrowia.]

<- mając na celu uwzględnienie w opinii mapy, krajowego planu i wojewódzkiego planu, zapewnienie jednolitości wniosków, porównywalnej i spójnej metodyki dokonywania oceny celowości inwestycji i jej przejrzystości oraz jej zbieżności z potrzebami istotnymi z punktu widzenia ochrony zdrowia.>

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

- 1) wzór wniosku zawierającego formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia wraz ze wskazaniem kryteriów oceny inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, przypisaniem im wagi oraz określeniem skali punktów możliwych do uzyskania w zakresie poszczególnych kryteriów,
- 2) sposób obliczania całkowitego wyniku punktowego w zakresie dokonywania oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, w tym sposób obliczania tego wyniku przez każdy z podmiotów określonych w art. 95f ust. 9,
- 3) minimalną liczbę punktów wymaganą do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1

[- mając na celu uwzględnienie w opinii map i priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c, zapewnienie jednolitości wniosków, porównywalnej i spójnej metodyki dokonywania oceny celowości inwestycji i jej przejrzystości oraz jej zbieżności z potrzebami istotnymi z punktu widzenia ochrony zdrowia.]

<- mając na celu uwzględnienie w opinii mapy, krajowego planu i wojewódzkiego planu, zapewnienie jednolitości wniosków, porównywalnej i spójnej metodyki dokonywania oceny celowości inwestycji i jej przejrzystości oraz jej zbieżności z potrzebami istotnymi z punktu widzenia ochrony zdrowia.>

Art. 95i.

1. W przypadku gdy opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, jest negatywna, podmiotowi wnioskującemu przysługuje środek odwoławczy w postaci protestu.
2. Protest wnosi się do ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia doręczenia opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1. W przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda, protest wnosi się za jego pośrednictwem.
3. Protest wnosi się w postaci elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. Protest zawiera:
 - 1) oznaczenie organu, do którego wnosi się protest;
 - 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku

osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;

- 3) oznaczenie siedziby albo adresu zamieszkania, albo adresu podmiotu wnoszącego;
 - 4) znak opinii, od której protest jest wnoszony, oznaczenie organu wydającego opinię oraz datę i miejsce wydania opinii;
 - 5) wskazanie kryterium, z oceną spełniania którego podmiot wnoszący protest się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem;
 - 6) oświadczenie, o którym mowa w ust. 4;
 - 7) podpis osoby upoważnionej do wniesienia protestu.
4. Protest składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Podmiot wnoszący protest jest obowiązany do złożenia oświadczenia o następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.
5. Do protestu dołącza się oryginał lub kopię dokumentu poświadczającego upoważnienie osoby określonej w ust. 3 pkt 7 do działania w imieniu podmiotu wnoszącego protest.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje protest w terminie 30 dni od dnia jego doręczenia.
- 6a. W opinii w sprawie protestu minister właściwy do spraw zdrowia weryfikuje prawidłowość oceny wniosku o ocenę celowości inwestycji w zakresie objętym złożonym wnioskiem.
7. W wyniku rozpatrzenia protestu minister właściwy do spraw zdrowia wydaje opinię w sprawie protestu, za pośrednictwem systemu IOWISZ, przyznając punkty za spełnienie poszczególnych kryteriów oraz uzasadniając ich liczbę na podstawie:
- 1) informacji przedstawionych przez podmiot wnoszący;
 - 2) uzasadnienia zawartego w proteście;
 - 3) właściwej mapy;*
 - 4) priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;]*
 - <3)mapy;**
 - 4) krajowego planu albo wojewódzkiego planu;>**
 - 5) danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
8. Opinia w sprawie protestu zawiera:
- 1) oznaczenie organu rozpatrującego protest;

- 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
 - 3) określenie daty i miejsca rozpatrzenia protestu;
 - 4) określenie, czy protest rozpatrzono pozytywnie czy negatywnie;
 - 5) całkowity wynik punktowy obliczony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 95h;
 - 6) wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych za spełnienie poszczególnych kryteriów oraz ich uzasadnienie, przez podmiot wnoszący protest oraz ministra właściwego do spraw zdrowia w wyniku rozpatrzenia protestu;
 - 7) pouczenie o możliwości wniesienia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego, w trybie i na zasadach określonych w art. 95j, zawierające wskazanie terminu wniesienia skargi;
 - 8) kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do wydania opinii w sprawie protestu z podaniem jej imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego.
- 8a. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 zdanie drugie, wojewoda przekazuje protest ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.
- 8b. W terminie określonym w ust. 8a, w oparciu o przesłany protest, wojewoda może zmienić wydaną przez siebie opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, na pozytywną. W takim przypadku wojewoda nie przekazuje protestu w sposób określony w ust. 8a.
9. Protest nie podlega rozpatrzeniu, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia, o którym mowa w art. 95g ust. 2 pkt 8:
- 1) został wniesiony po terminie;
 - 2) nie spełnia wymagań określonych w ust. 3 zdanie drugie.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, organ wydający opinię wydaje postanowienie w przedmiocie nierozpatrzenia protestu, na które służy zażalenie, do którego stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.
11. Do postępowania, o którym mowa w art. 95d-95g i ust. 1-9, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów,

wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzenia nieważności.

Art. 97.

1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.
2. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
3. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:
 - 1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
 - 2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9;
 - 2b) finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 12;
 - 2c) finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1;
 - 2d) organizacja wspólnych postępowań na zakup leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, w przypadku, o którym mowa w art. 132 ust. 2a, prowadzonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych;
 - 2e) finansowanie leków przysługujących świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1;
 - 2f) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. roku życia, w zakresie zwiększonych kwot zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawców z tytułu udzielania tych świadczeń zgodnie z art. 136 ust. 2 pkt 1c;
 - 2g) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju, przysługujących świadczeniobiorcom na podstawie art. 42d, 42i i 42j;

- 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) (uchylony);
- 3c) dokonywanie zwrotu kosztów w przypadku świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa, z zastrzeżeniem art. 42b ust. 2, w tym medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 4) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie, finansowanie, monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie programów zdrowotnych;
- 4a) wdrażanie, finansowanie, monitorowanie i ewaluacja programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ust. 5;
- 4b) opracowywanie, ustalanie, wdrażanie, finansowanie, monitorowanie, ewaluacja oraz nadzór i kontrola programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ust. 7;
- 4c) finansowanie informatyzacji świadczeniodawców, której celem jest udzielanie przez nich świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenie i wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacja dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej oraz udostępnianie elektronicznych usług świadczeniobiorcom lub innym podmiotom;
- 5) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów polityki zdrowotnej;
- 6) monitorowanie ordynacji lekarskich;
- 7) promocja zdrowia i profilaktyka chorób, w tym dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d;
- 8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
- 9) prowadzenie działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia, w tym promowanie Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;

- 10) wyliczanie kwot, o których mowa w art. 4 i art. 34 ustawy o refundacji oraz w art. 102 ust. 5 pkt 29;
- 11) monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień wynikających z art. 24a-24c. art. 44 ust. 1a-1c, art. 46 ust. 7-9, art. 47 ust. 2 i 2a, art. 47c oraz art. 57 ust. 2 pkt 10, 12 i 13;
- 12) wykonywanie zadań Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, zwanego dalej "KPK";
- 13) realizacja programów rządowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym (Dz. U. poz. 2192, z 2019 r. poz. 1622, 1696 i 2473 oraz z 2020 r. poz. 321), w zakresie wsparcia zdrowotnego osób niepełnosprawnych;
- 14) finansowanie zadań, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. poz. 447 oraz z 2020 r. poz. 567), przez przekazywanie środków finansowych Agencji Badań Medycznych w postaci odpisu, o którym mowa w ust. 3e;
- 15) finansowanie wydawania zaświadczeń, o których mowa w art. 133 § 2b ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego, oraz czynności związanych z ich wydawaniem;
- 16) wspieranie zadań finansowanych w ramach Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej, o którym mowa w art. 86 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 847 i 1495 oraz z 2020 r. poz. 284 i 1492);
- 17) wspieranie zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych realizowanych ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, o którym mowa w art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych [.] <;>

<18) przygotowywanie i przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia danych i analiz niezbędnych do sporządzenia mapy.>

3a. Do zadań Funduszu należy rozliczanie z instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich UE lub EFTA:

- 1) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4;

- 2) kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z wyłączeniem kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego
- w stosunku do osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
- 3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4, obciąża Fundusz kosztami tych świadczeń oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadczeń wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego UE lub EFTA Fundusz przekazuje na rachunek urzędu ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu.
- 3c. W przypadku rozliczania przez Fundusz kosztów medycznych czynności ratunkowych udzielonych osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji przez zespoły ratownictwa medycznego, Fundusz powiadamia właściwego wojewodę o należnościach przysługujących mu z tego tytułu. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego UE lub EFTA Fundusz przekazuje na rachunek urzędu właściwego wojewody w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu. Przepisu nie stosuje się do lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
- 3d. Fundusz jest instytucją właściwą, instytucją miejsca zamieszkania, instytucją miejsca pobytu oraz instytucją łącznikową w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, w rozumieniu przepisów o koordynacji, oraz prowadzi, w centrali Funduszu, punkt kontaktowy, o którym mowa w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, służący do wymiany danych w ramach Systemu Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.
- 3e. W celu realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 14, Fundusz przekazuje Agencji Badań Medycznych środki finansowe w postaci odpisu w wysokości 0,3% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne na ten rok
-

określonych w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, albo ustalonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 5, albo w trybie, o którym mowa w art. 123 ust. 3.

3f. Odpis jest przekazywany do Agencji Badań Medycznych przez Fundusz do dnia 30 stycznia roku kalendarzowego. Od kwoty nieprzekazanego przez Fundusz w terminie odpisu dla Agencji przysługują odsetki za zwłokę, na zasadach i w wysokości określonych dla zaległości podatkowych.

3g. W celu realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 16, Fundusz w terminach nie później niż do 31 stycznia oraz 31 lipca roku kalendarzowego przekazuje, w dwóch równych transzach, na rachunek Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej środki finansowe w łącznej wysokości 117 mln zł, uwzględniane w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, albo ustalonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 5, albo w trybie, o którym mowa w art. 123 ust. 3. Od kwoty nieprzekazanych przez Fundusz środków przysługują odsetki za zwłokę na zasadach i w wysokości określonych jak dla zaległości podatkowych.

3h. W celu realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 17, Fundusz, przekazuje na rachunek Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych środki finansowe w wysokości nie wyższej niż 8% środków uzyskiwanych przez Fundusz w poprzednim roku kalendarzowym zgodnie z art. 9² ust. 19 i 20 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2277 oraz z 2020 r. poz. 1492), uwzględniane w planie finansowym Funduszu zatwierdzonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, albo ustalonym w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 5, albo w trybie, o którym mowa w art. 123 ust. 3.

4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

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

5. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej.
 6. Fundusz nie może być właścicielem podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.
 7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4, 6 i 11 w odniesieniu do podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu oraz Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 96 ust. 4.
 8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na finansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2b, 2c i 2e. Dotacja nie uwzględnia kosztów administracyjnych.
 - 8a. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych na podstawie art. 131d. W ramach tej dotacji Fundusz finansuje również zadania, o których mowa w ust. 3 pkt 2a i 3.
 - 8b. Fundusz może otrzymywać dotację celową z budżetu państwa na finansowanie części kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 4c.
 - 8c. Fundusz otrzymuje dotację z Funduszu Medycznego na finansowanie kosztów realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2f i 2g.
 9. (uchylony).
 10. Środki Funduszu mogą być przeznaczane na dofinansowanie zadań dotyczących informatyzacji w ochronie zdrowia realizowanych przez państwową jednostkę budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.
 11. Fundusz może, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych, zlecać, w drodze porozumienia, jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia zadania dotyczące informatyzacji w ochronie zdrowia.
 12. Porozumienie, o którym mowa w ust. 11, określa co najmniej zakres, termin realizacji zlecanego zadania i koszt jego realizacji z wyodrębnieniem kosztów wynagrodzeń, kosztów bieżących i inwestycyjnych.
 13. W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 11, Fundusz niezwłocznie przekazuje środki finansowe przeznaczone na realizację zlecanego zadania na rachunek
-

budżetu państwa. Minister właściwy do spraw finansów publicznych niezwłocznie dokonuje zmiany w zakresie budżetu państwa w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia przez jej zwiększenie o równowartość środków przekazanych przez Fundusz, z uwzględnieniem kosztów wynagrodzeń pracowników, kosztów bieżących i inwestycyjnych, a minister właściwy do spraw zdrowia zwiększa o tę równowartość plan finansowy jednostki, o której mowa w ust. 10.

14. W budżecie państwa tworzy się rezerwę celową w wysokości odpowiadającej kwocie środków przekazywanych państwowej jednostce budżetowej, o której mowa w ust. 10, przez Fundusz na dochody budżetu państwa.

Art. 99.

1. Rada Funduszu składa się z dziesięciu członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym:

[1) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich;]

<1)jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Pacjenta;>

- 2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Radę Dialogu Społecznego;
- 3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez organizacje pacjentów działających na rzecz praw pacjenta, zgłoszonych w terminie 14 dni od dnia publikacji na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia ogłoszenia o zamiarze powołania członka Rady Funduszu;
- 5) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 6) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
- 7) jednego członka wskazuje Prezes Rady Ministrów;
- 8) dwóch członków wskazuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Kadencja członków Rady Funduszu trwa 5 lat.
3. Rada Funduszu działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.
4. Rada Funduszu wybiera ze swego grona przewodniczącego, który zwołuje posiedzenia i im przewodniczy.
5. W skład Rady Funduszu wchodzi osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:
 - 1) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione umyślnie;
 - 2) posiadają wykształcenie wyższe;
 - 3) posiadają wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady Funduszu;
 - 4) posiadają uprawnienia konieczne do zasiadania w radach nadzorczych jednoosobowych spółek Skarbu Państwa, zgodnie z odrębnymi przepisami.
6. Członkowie Rady Funduszu nie mogą być jednocześnie:
 - 1) pracownikami Funduszu;
 - 2) świadczeniodawcami;
 - 3) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 4) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 2 i 3;
 - 5) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-8, z wyjątkiem pracowników urzędów obsługujących ministrów będących podmiotami tworzącymi.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze zarządzenia, wynagrodzenie członków Rady Funduszu, uwzględniając zakres zadań Rady.

Art. 102.

1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.
2. Prezesa Funduszu powołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Funduszu po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.
3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgnięcia opinii, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku minister właściwy do spraw zdrowia powierza kierowanie

Funduszem jednemu z zastępców Prezesa Funduszu i niezwłocznie informuje o odwołaniu Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.

4. (uchylony).

5. Do zakresu działania Prezesa Funduszu w szczególności należy:

- 1) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;
- 2) efektywne i bezpieczne zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu, w tym gospodarowanie rezerwą ogólną, o której mowa w art. 118 ust. 5;
- 3) zaciąganie, w imieniu Funduszu, zobowiązań, w tym pożyczek i kredytów, z zastrzeżeniem art. 100 ust. 1 pkt 5;
- 3a) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów, zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 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;
- <9a) sporządzanie projektu planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa i zatwierdzanie planu zakupu tych świadczeń;**
- 9b) opiniowanie projektu krajowego planu;**
- 9c) opiniowanie projektu wojewódzkiego planu;>**
- 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) (uchylony);
- 16) występowanie z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- 17) (uchylony);
- 18) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
- 19) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;
- 20) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu podlegających badaniu w trybie art. 163, w terminie 3 dni roboczych od dnia ich uchwalenia;
- 21) nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 21a) przeprowadzanie kontroli, o której mowa w dziale IIIA;
- 22) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi, organizacjami pracodawców, organizacjami świadczeniodawców oraz ubezpieczonych;
- 23) przekazywanie oddziałom wojewódzkim Funduszu do realizacji programów polityki zdrowotnej zleconych przez właściwego ministra;
- 24) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;
- 24a) (uchylony);
- 24b) wydawanie decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 53 ust. 2a ustawy o refundacji;
- 25) ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu z uwzględnieniem konieczności stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej;

- 26) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zestawień kwot, o których mowa w art. 4 i art. 34 ustawy o refundacji;
- 26a) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia comiesięcznych zestawień ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, wraz z podaniem numeru GTIN zgodnego z systemem GS1, lub innego kodu jednoznacznie identyfikującego wyrób medyczny lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawanych na podstawie art. 43a ust. 1, w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy zestawienie;
- 26b) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia comiesięcznych zestawień ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków wraz z podaniem numeru GTIN zgodnego z systemem GS1, wydawanych na podstawie art. 43b ust. 1, w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy zestawienie;
- 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;
- 27a) zawieranie i rozliczanie umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji;
- 28) (uchylony);
- 29) gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji;
- 30) (uchylony);
- 31) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości w zakresie, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy o refundacji, na podstawie danych określonych w art. 45 tej ustawy, informacji o:
- a) kwocie refundacji,
 - b) liczbie zrefundowanych opakowań,
 - c) udziale w kwocie refundacji w grupie limitowej,
 - d) zmianie wartości, o których mowa w lit. a-c, w odniesieniu do poprzedniego miesiąca oraz tego samego miesiąca poprzedniego roku
- leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wraz z podaniem grupy limitowej, nazwy
-

międzynarodowej, nazwy handlowej oraz numeru GTIN zgodnego z systemem GS1, lub innego kodu jednoznacznie identyfikującego wyrób medyczny lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego;

- 31a) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości w zakresie, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy o refundacji, na podstawie danych przekazywanych do Funduszu zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 i 2, informacji o:
- a) kwocie refundacji,
 - b) udziale w kwocie refundacji w grupie limitowej,
 - c) zmianie wartości, o których mowa w lit. a i b, w odniesieniu do poprzedniego miesiąca oraz tego samego miesiąca poprzedniego roku
- leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wraz z podaniem grupy limitowej, nazwy międzynarodowej, nazwy handlowej oraz numeru GTIN zgodnego z systemem GS1, lub innego kodu jednoznacznie identyfikującego wyrób medyczny lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- 32) monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie wykonania zawartych w decyzji o objęciu refundacją instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji, oraz informowanie ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie wypełnienia przez wnioskodawcę postanowień zawartych w tej decyzji;
- 33) realizacja zadań, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa;
- 34) prowadzenie i utrzymywanie elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c;
- 35) dokonywanie kwalifikacji świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia;
- 36) monitorowanie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji tych umów;
- 37) kontrolowanie bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;
- 38) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
- 39) wydawanie i publikowanie na stronie internetowej Funduszu, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy jednolitych tekstów zarządzeń Prezesa określających warunki realizacji
-

umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz publikowanie na stronie internetowej Funduszu tekstów ujednoczonych tych zarządzeń, niezwłocznie po dokonaniu w nich zmian.

- 5a. Prezesowi Funduszu przysługują środki ochrony prawnej, o których mowa w art. 506-590 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych, wprowadzonych przez świadczeniodawców postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na zakup refundowanych ze środków publicznych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.
6. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, Prezesa Funduszu zastępuje, na podstawie jego pisemnego upoważnienia, jeden z zastępców Prezesa Funduszu. W przypadku gdy udzielenie przez niego takiego upoważnienia nie jest możliwe - upoważnienia udziela minister właściwy do spraw zdrowia.
- 6a. W przypadku śmierci Prezesa Funduszu albo odwołania ze sprawowanej funkcji, do czasu powołania nowego Prezesa Funduszu jego obowiązki pełni Zastępca Prezesa wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
7. Prezes Funduszu może udzielić zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu Funduszu, dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz innym pracownikom Funduszu pełnomocnictw do załatwiania spraw w jego imieniu w ustalonym zakresie, a w szczególności do wydawania decyzji administracyjnych, postanowień, zaświadczeń, a także do poświadczania za zgodność odpisów dokumentów przedstawionych przez stronę na potrzeby prowadzonych postępowań z oryginałem, a także innych czynności 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. 106.

1. W oddziałach wojewódzkich Funduszu działają rady oddziałów wojewódzkich Funduszu o charakterze opiniodawczo-nadzorczym.
2. W skład rady oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkującymi na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływanych przez właściwego wojewodę, w tym:
 - 1) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez sejmik województwa;

- 2) dwóch członków będących przedstawicielami właściwego wojewody;
 - 3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez konwent powiatów z danego województwa;
 - 4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo wojewódzką radę dialogu społecznego;
 - 5) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez organizacje pacjentów działających na rzecz praw pacjenta, zgłoszonych w terminie 14 dni od dnia publikacji na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego wojewodę ogłoszenia o zamiarze powołania członka rady;
 - 6) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez reprezentatywne organizacje pracodawców;
 - 7) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego, właściwego komendanta wojewódzkiego Policji i właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej.
- 2a. W przypadku gdy podmioty, o których mowa w ust. 2 pkt 5, nie wskażą kandydatów na członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, mimo dwukrotnej publikacji ogłoszenia o zamiarze powołania członka tej rady na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego wojewodę, kandydata wskazuje właściwy wojewoda.
3. Kadencja rady oddziału wojewódzkiego Funduszu trwa cztery lata, licząc od dnia pierwszego posiedzenia rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Pierwsze posiedzenie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zwołuje właściwy wojewoda.
4. Przewodniczący rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zaprasza do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, w charakterze obserwatorów, przedstawicieli właściwej okręgowej rady lekarskiej, okręgowej rady pielęgniarek i położnych i okręgowej rady aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów.
5. W przypadku gdy na terenie województwa działa więcej niż jedna okręgowa rada lekarska, okręgowa rada pielęgniarek i położnych albo okręgowa rada aptekarska, rady te delegują wspólnego przedstawiciela do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. W skład rad oddziałów wojewódzkich Funduszu mogą wchodzić wyłącznie osoby, które:
- 1) korzystają z pełni praw publicznych;
-

- 2) posiadają wykształcenie wyższe;
 - 3) nie zostały prawomocnie skazane za przestępstwo popełnione umyślnie.
7. Członkowie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie mogą być jednocześnie:
- 1) dyrektorami oddziałów wojewódzkich Funduszu;
 - 2) Prezesem Funduszu;
 - 3) zastępcą Prezesa Funduszu;
 - 4) pracownikami Funduszu;
 - 5) świadczeniodawcami;
 - 6) właścicielami lub pracownikami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 7) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 5 i 6;
 - 8) osobami, o których mowa w art. 112 ust. 1 pkt 2-8, z wyjątkiem pracowników urzędów obsługujących ministrów będących podmiotami tworzącymi.
8. Członkowie rad oddziałów wojewódzkich Funduszu wybierają spośród swojego grona przewodniczącego.
9. Rada wojewódzkiego oddziału Funduszu działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.
10. Do zadań rady oddziału wojewódzkiego Funduszu należy:
- 1) opiniowanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 2) uchwalanie planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - <2a) opiniowanie projektu planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, w tym również w zakresie zgodności z krajowym planem i wojewódzkim planem;>**
 - 3) opiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok;
 - 4) monitorowanie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji tych umów;
 - 5) monitorowanie, na podstawie przekazanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego informacji, o których mowa w art. 23 ust. 2 i 4, sposobu wykonywania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20 i art. 21;
 - 6) kontrolowanie bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;
-

- 7) występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskiem o wszczęcie kontroli w zakresie, o którym mowa w art. 61a ust. 1-3;
 - 8) (uchylony);
 - 9) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
 - 10) występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 11) wydawanie opinii o kandydacie na stanowisko dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 12) występowanie z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadkach, o których mowa w art. 107 ust. 4.
11. Uchwały rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zapadają większością głosów przy obecności co najmniej połowy ustawowej liczby członków rady. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos przewodniczącego rady.
12. W celu wykonywania swoich obowiązków rada oddziału wojewódzkiego Funduszu może żądać od dyrektora oddziału wojewódzkiego sprawozdań i wyjaśnień.
13. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu nie ma prawa wydawania dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu wiążących poleceń dotyczących bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu.
14. Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu w związku z zadaniem, o którym mowa w ust. 10 pkt 6:
- 1) może delegować swoich członków do samodzielnego wykonywania czynności kontrolnych;
 - 2) ma wgląd we wszelkie dokumenty związane z działalnością oddziału wojewódzkiego Funduszu.
15. Właściwy wojewoda odwołuje członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu przed upływem kadencji tej rady w przypadku:
- 1) rezygnacji ze stanowiska;
 - 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej 6 miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
 - 3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 4 kolejnych posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu;
-

- 4) naruszenia przepisów ust. 7;
 - 5) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie.
16. W przypadku odwołania członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu albo jego śmierci przed upływem kadencji tej rady, właściwy wojewoda powołuje nowego członka na okres do końca tej kadencji. Przepisy ust. 2 stosuje się odpowiednio.
17. Przepisu ust. 16 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji członka rady oddziału wojewódzkiego Funduszu pozostało mniej niż 3 miesiące, licząc od dnia jego odwołania albo śmierci.
18. Członkom rady oddziału wojewódzkiego Funduszu nie przysługuje wynagrodzenie.
19. Członkom rady oddziału przysługuje zwrot kosztów podróży, zakwaterowania i diety na zasadach określonych w przepisach w sprawie wysokości oraz warunków ustalania należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.

Art. 107.

1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, wykonując zadania, o których mowa w ust. 5, kieruje oddziałem wojewódzkim Funduszu i reprezentuje Fundusz na zewnątrz.
2. Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz Prezesa Funduszu. Niewydanie opinii w terminie 14 dni jest równoznaczne z akceptacją kandydata na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu albo zgodą na jego odwołanie.
3. Dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu może zostać osoba, która:
 - 1) posiada wykształcenie wyższe;
 - 2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków dyrektora;
 - 3) nie była prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie;
 - 4) nie pełniła służby zawodowej ani nie pracowała w organach bezpieczeństwa państwa wymienionych w art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów, ani nie była ich współpracownikiem.
4. (uchylony).
5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu:

- 1) efektywnie i bezpiecznie gospodaruje środkami finansowymi oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 2) przygotowuje i przedstawia radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu:
 - a) coroczną informację o prognozowanych kosztach sporządzaną na podstawie prognozy, o której mowa w art. 120 ust. 1,
 - b) projekt planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu na rok następny;
 - 3) sporządza:
 - [a) projekt planu zakupu świadczeń w zakresie oddziału wojewódzkiego Funduszu,]*
 - b) projekt planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu,
 - c) sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok,
 - d) okresowe i roczne sprawozdania z działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 4) realizuje plan finansowy oddziału wojewódzkiego Funduszu i plan pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 5) dokonuje wyboru realizatorów programów polityki zdrowotnej, których realizacja została mu zlecona przez Prezesa Funduszu lub ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 6) przeprowadza postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawiera i rozlicza realizację tych umów, na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
 - 7) w zakresie udzielonego pełnomocnictwa wykonuje zadania związane z zawieraniem i rozliczaniem umów:
 - a) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) o realizację:
 - programów zdrowotnych,
 - programów pilotażowych,
 - c) dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 68,
 - d) o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji;
 - 8) monitoruje:
 - a) ordynacje lekarskie,
 - b) realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
-

- c) realizację prawa do świadczeń dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 5 pkt 44a i 44b;
 - d) celowość, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej,
 - e) prowadzone przez świadczeniodawców na obszarze właściwości danego oddziału wojewódzkiego Funduszu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na zakup refundowanych ze środków publicznych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w celu oceny zasadności zastosowania środków ochrony prawnej, o których mowa w art. 102 ust. 5a, oraz przekazuje Prezesowi Funduszu informacje w tym zakresie;
 - 9) na żądanie Prezesa Funduszu lub rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, udziela informacji o bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego;
 - 10) współpracuje z wojewodą w zakresie realizowanych przez niego zadań w zakresie ochrony zdrowia, w tym udziela istotnych z punktu widzenia realizacji zadań informacji dotyczących działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 11) przedstawia propozycje w zakresie kwalifikacji świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia.
6. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu nie może być jednocześnie:
- 1) Prezesem Funduszu albo jego zastępcą;
 - 2) głównym księgowym Funduszu;
 - 3) (uchylony);
 - 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. 131b.

[1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok, uwzględniając Mapę Regionalną oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.]

<1. Prezes Funduszu sporządza projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok, uwzględniając dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz krajowy plan i wojewódzki plan. Projekt planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na następny rok Prezes Funduszu przekazuje radzie oddziału wojewódzkiego Funduszu w celu zaopiniowania, w szczególności w zakresie zgodności z krajowym planem i wojewódzkim planem.>

2. Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej składa się z:

[1) części ogólnej zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem;]

<1) części ogólnej zawierającej w szczególności wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem;>

2) części szczegółowej określającej w szczególności obszary terytorialne, dla których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta na danym obszarze, w danym zakresie lub rodzaju świadczeń.

<3. Prezes Funduszu zatwierdza plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa.>

USTAWA z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666)

Art. 7.

1. Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych jest systemem teleinformatycznym, który umożliwia w szczególności:

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

- 1) dostęp usługobiorców do informacji o udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej zgromadzonych w SIM oraz raportów z udostępnienia danych ich dotyczących;
 - 1a) składanie przez usługobiorców lub ich przedstawicieli ustawowych oświadczeń, deklaracji i wniosków, o których mowa odpowiednio w art. 7a ust. 1 pkt 3-5, 9, 10, 12 i 14;
 - 1b) przekazywanie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych informacji, o których mowa w art. 60a ust. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa oraz ich przechowywanie;
 - 1c) przekazywanie przez płatnika, o którym mowa w art. 2 pkt 9 lit. a, informacji o wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne płaconej przez usługobiorców;
 - 2) przekazywanie przez usługodawców i płatnika, o którym mowa w art. 2 pkt 9 lit. a, do SIM informacji o udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej;
 - 3) wymianę pomiędzy usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia ciągłości leczenia;
 - 4) wymianę dokumentów elektronicznych pomiędzy usługodawcami w celu prowadzenia diagnostyki, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 5) dostęp podmiotów prowadzących rejestry medyczne, w zakresie realizowanych zadań i posiadanych uprawnień, do danych przetwarzanych w SIM, za pośrednictwem Platformy Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych;
 - 6) dostęp jednostek samorządu terytorialnego do danych przetwarzanych w SIM, umożliwiający realizację zadań związanych z zapewnieniem mieszkańcom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - [7) dostęp wojewodów do danych zbiorczych niezbędnych do realizacji zadań określonych w art. 10 i art. 95a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;]*
 - <7) dostęp wojewodów do danych zbiorczych niezbędnych do realizacji zadań określonych w art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;>**
-

- 8) dostęp ministra właściwego do spraw zdrowia do danych niezbędnych do realizacji zadań określonych w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
 - 9) przekazywanie danych statystycznych, o których mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2014 r. - Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 463, 695 i 2320) oraz w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1947) dla potrzeb statystyki publicznej;
 - 10) przekazywanie i odbieranie danych osobowych i jednostkowych danych medycznych usługobiorców w zakresie wymiany recepty transgranicznej w rozumieniu art. 2 pkt 35aa ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, zwanej dalej "receptą transgraniczną";
 - 11) uzyskiwanie przez lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarki, położne, felczerów, starszych felczerów, fizjoterapeutów, farmaceutów, techników farmaceutycznych oraz osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej informacji o uprawnieniach dodatkowych usługobiorców oraz informacji o posiadaniu przez nich orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.
2. Administratorem systemu Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.
- 2a. Jednostka, o której mowa w ust. 2, wykonuje zadania Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej, w zakresie wymiany recepty transgranicznej w postaci elektronicznej, zwanego dalej "KPK".
- 2b. Do zadań KPK, o których mowa w ust. 2a, należy:
- 1) przygotowanie, testowanie, wdrożenie, uruchomienie i obsługa w zakresie wymiany recepty transgranicznej w postaci elektronicznej przez umożliwienie elektronicznego przesyłania danych między Rzeczpospolitą Polską a innymi państwami członkowskimi Unii Europejskiej lub państwami członkowskimi Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronami umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym w ramach świadczenia usług transgranicznej opieki zdrowotnej;
 - 2) współpraca z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działającymi w innych państwach członkowskich
-

Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronach umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym.

3. Zadaniem jednostki, o której mowa w ust. 2, jest dostarczenie oraz utrzymanie Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, zapewnienie bezpieczeństwa i integralności udostępnianych i pobieranych danych oraz nadawanie uprawnień dostępu do danych.
- 3a. Zgłoszenie gotowości podłączenia usługodawcy do systemu, o którym mowa w ust. 1, następuje przez złożenie jednostce, o której mowa w ust. 2, deklaracji gotowości w postaci elektronicznej.
- 3b. Deklarację, o której mowa w ust. 3a, może złożyć także w przypadku:
 - 1) apteki - kierownik apteki;
 - 2) pozostałych usługodawców - osoba uprawniona do złożenia wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- 3c. Po akceptacji gotowości usługodawcy przez jednostkę, o której mowa w ust. 2, usługodawca jest obowiązany do podłączenia się do systemu, o którym mowa w ust. 1.
4. Za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, dla których administratorem systemu jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dane są udostępniane uprawnionym użytkownikom zidentyfikowanym w co najmniej jednym z tych systemów oraz prezentowane w systemie, w którym ci użytkownicy są zidentyfikowani.
5. (uchylony).
6. Jednostka, o której mowa w ust. 2, może przekazywać usługobiorcom informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 1, oraz inne informacje istotne dla ich stanu zdrowia również za pośrednictwem innych narzędzi niż system, o którym mowa w art. 7 ust. 1.

Art. 12.

1. W ramach SIM są przetwarzane dane, w tym dane osobowe oraz jednostkowe dane medyczne w zakresie określonym w art. 4 ust. 3, w celu:
 - 1) poprawy dostępności usługobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych lub współfinansowanych ze środków publicznych;
 - 2) monitorowania równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych lub współfinansowanych ze środków publicznych;

- 3) umożliwienia płatnikom i usługobiorcom uzyskiwania informacji o udzielanych, udzielonych i planowanych świadczeniach opieki zdrowotnej;
- 3a) umożliwienia usługobiorcom lub ich przedstawicielom ustawowym uzyskiwania informacji o:
- a) prawie do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - c) wysokości płaconej przez nich składki na ubezpieczenie zdrowotne,
 - d) wystawionych zaświadczeniach lekarskich, o których mowa w art. 55 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
 - e) wybranym świadczeniodawcy udzielającym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzu podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
 - f) liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej,
 - g) usługodawcy i udzielanych przez niego świadczeniach opieki zdrowotnej,
 - h) wycofanych z obrotu produktach leczniczych lub wyrobach medycznych,
 - i) profilaktyce i zdrowym trybie życia,
 - j) wystawionych zleceniach, o których mowa w art. 38 ust. 4a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
- 3b) umożliwienia usługobiorcom lub ich przedstawicielom ustawowym składania:
- a) oświadczeń, o których mowa w art. 7a ust. 1 pkt 3-5 i 9,
 - b) deklaracji wyboru, o których mowa w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej,
 - c) wniosków o wydanie EKUZ,
 - d) wniosków i skarg, o których mowa w art. 7a ust. 1 pkt 14;
- 3c) umożliwienia lekarzom, lekarzom denty stom, pielęgniarcom, położnym, felczerom, starszym felczerom, fizjoterapeutom, farmaceutom, technikom farmaceutycznym oraz osobom wykonującym czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pozyskiwania informacji, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. n oraz o;

- 3d) umożliwienia usługobiorcom uczestnictwa w badaniach ankietowych w zakresie jakości opieki zdrowotnej;
 - 3e) umożliwienia usługobiorcom realizacji recept transgranicznych;
 - 4) analizy przepływu środków publicznych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 5) uzyskania informacji niezbędnych do wykonywania zadań określonych w art. 10 i art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez podmioty wymienione w tych przepisach;
 - 6) dokonywania przez uprawnione podmioty oceny zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz przetwarzania danych dla potrzeb rejestrów medycznych, o których mowa w art. 19;
 - 7) (uchylony);
 - 8) wspomagania Systemu RUM - NFZ;
 - 9) wymiany pomiędzy usługodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia ciągłości leczenia;
 - 10) wymiany dokumentów elektronicznych pomiędzy usługodawcami oraz pobrania danych w celu prowadzenia diagnostyki, ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne.
2. Dostęp do danych przetwarzanych w SIM jest uzależniony od uprawnień posiadanych, na podstawie ustawy lub przepisów dotyczących danych osobowych oraz jednostkowych danych medycznych określonych w art. 4 ust. 3, przez użytkownika systemu.
3. Usługobiorca, jego przedstawiciel ustawowy lub osoba przez niego upoważniona ma dostęp do danych osobowych i jednostkowych danych medycznych, w zakresie niezbędnym do realizacji uprawnień określonych w ust. 1 pkt 3-3b, 3d i 3e.
4. Płatnikom, o których mowa w art. 2 pkt 9 lit. a, przysługuje dostęp do danych, w tym danych osobowych i jednostkowych danych medycznych usługobiorców oraz danych dotyczących usługodawców, przetwarzanych w SIM, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 1-6 i 8, oraz prawo do pobrania danych niezbędnych do rozliczania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.
- [5. Wojewodzie przysługuje dostęp do zbiorczych danych przetwarzanych w SIM, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w art. 10 i art. 95a ustawy z dnia 27 sierpnia*

2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach posiadanych uprawnień.]

<5. Wojewodzie przysługuje dostęp do zbiorczych danych przetwarzanych w SIM, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach posiadanych uprawnień.>

6. Pracownikom medycznym i usługodawcom, w zakresie wykonywanych przez nich zadań i posiadanych uprawnień, udostępniane są dane, w tym dane osobowe i jednostkowe dane medyczne usługobiorców, przetwarzane w SIM, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 9 i 10, oraz prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia, o których mowa w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
7. Podmiotom prowadzącym rejestry medyczne przysługuje dostęp do danych, w tym danych osobowych i jednostkowych danych medycznych, przetwarzanych w SIM, w zakresie zadań wykonywanych przez te podmioty, w związku z prowadzeniem rejestrów medycznych.
8. Jednostkom samorządu terytorialnego przysługuje dostęp do danych przetwarzanych w SIM w zakresie zadań wykonywanych przez te podmioty, wynikających z przepisów regulujących zadania samorządu terytorialnego, w zakresie zdrowia publicznego.
9. Pobieranie danych przetwarzanych w SIM przez podmioty, o których mowa w ust. 3-8, jest nieodpłatne.

USTAWA z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523)

Art. 12.

Minister właściwy do spraw zdrowia, mając na uwadze uzyskanie jak największych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków publicznych, wydaje decyzję administracyjną o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu, przy uwzględnieniu następujących kryteriów:

- 1) stanowiska Komisji Ekonomicznej, o której mowa w art. 17,
- 2) rekomendacji Prezesa Agencji, o której mowa w art. 35 ust. 6,

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

- 3) istotności stanu klinicznego, którego dotyczy wnioski o objęcie refundacją,
- 4) skuteczności klinicznej i praktycznej,
- 5) bezpieczeństwa stosowania,
- 6) relacji korzyści zdrowotnych do ryzyka stosowania,
- 7) stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych dotyczących refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w porównaniu z wnioskowanym,
- 8) konkurencyjności cenowej,
- 9) wpływu na wydatki podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych i świadczeniobiorców,
- 10) istnienia alternatywnej technologii medycznej, w rozumieniu ustawy o świadczeniach, oraz jej efektywności klinicznej i bezpieczeństwa stosowania,
- 11) wiarygodności i precyzji oszacowań kryteriów, o których mowa w pkt 3-10,

[12) priorytetów zdrowotnych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach,]

<12) mapy potrzeb zdrowotnych, o której mowa w art. 95a ust. 1 ustawy o świadczeniach,>

13) wysokości progu kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość, ustalonego w wysokości trzykrotności Produktu Krajowego Brutto na jednego mieszkańca, o którym mowa w art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz. U. z 2021 r. poz. 151), a w przypadku braku możliwości wyznaczenia tego kosztu - koszt uzyskania dodatkowego roku życia

- biorąc pod uwagę inne możliwe do zastosowania w danym stanie klinicznym procedury medyczne, które mogą być zastąpione przez wnioskowany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny.

USTAWA z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 183 i 694)

Art. 12.

1. Organy administracji rządowej, z wyłączeniem wojewody, agencje wykonawcze oraz inne państwowe jednostki organizacyjne uczestniczące w realizacji zadań z zakresu zdrowia

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

publicznego przekazują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 30 kwietnia każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

2. Jednostki samorządu terytorialnego przekazują właściwemu wojewodzie, do dnia 31 marca każdego roku, roczną informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego.

3. Wojewoda weryfikuje informację, o której mowa w ust. 2, pod względem:

- 1) spełniania wymagań, o których mowa w ust. 7;
- 2) zgodności realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego celów i podjętych lub zrealizowanych zadań z celami operacyjnymi i zadaniami służącymi do ich realizacji, określonymi w NPZ.

4. W przypadku braku możliwości zweryfikowania informacji w zakresie, o którym mowa w ust. 3, wojewoda występuje do jednostki samorządu terytorialnego o jej uzupełnienie lub dostosowanie do wymagań, o których mowa w ust. 7.

[5. Wojewoda na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przygotowuje informację zbiorczą wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.]

<5. Wojewoda na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przygotowuje informację zbiorczą wraz z opinią dotyczącą zgodności zrealizowanych lub podjętych zadań z krajowym planem transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, i wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy.>

6. Informację zbiorczą oraz opinię, o których mowa w ust. 5, wojewoda, wraz z informacjami o zadaniach zrealizowanych przez niego w okresie objętym sprawozdaniem, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia do dnia 30 września każdego roku.

7. Informacje, o których mowa w ust. 1, 2 i 5, zawierają:

- 1) określenie odpowiednio organu sporządzającego informację lub ją przekazującego;
- 2) wskazanie realizowanego celu operacyjnego NPZ dla podjętych lub zrealizowanych zadań z zakresu zdrowia publicznego, jeżeli dotyczy;

- 3) opis zadań z zakresu zdrowia publicznego zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku;
- 4) wskazanie źródeł i wysokości finansowania zadań zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku;
- 5) inne informacje uznane przez dany organ za istotne w zakresie zadań podjętych w ubiegłym roku.

[8. Na podstawie informacji oraz opinii, o których mowa w ust. 1, 2 i 5, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza, co dwa lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, o której mowa w art. 4 ust. 2 pkt 7, zawierającą ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją.

9. W przypadku stwierdzenia niezgodności zadań realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej wojewoda przekazuje swoją opinię w tym zakresie organowi stanowiącemu danej jednostki.]

<8. Na podstawie informacji oraz opinii, o których mowa w ust. 1, 2 i 5, minister właściwy do spraw zdrowia sporządza, co dwa lata, informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, o której mowa w art. 4 ust. 2 pkt 7, zawierającą ocenę zgodności zrealizowanych lub podjętych przez jednostki samorządu terytorialnego zadań z krajowym planem transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, i wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje informację Radzie Ministrów do dnia 30 listopada roku następującego po ostatnim roku objętym informacją.

9. W przypadku stwierdzenia niezgodności zadań realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego z krajowym planem transformacji, o którym mowa w art. 95b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, i wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 tej ustawy, wojewoda przekazuje swoją opinię w tym zakresie organowi stanowiącemu danej jednostki.>

10. Rada Ministrów przekazuje Sejmowi informację, o której mowa w ust. 8, nie później niż w terminie trzech miesięcy od dnia przyjęcia jej przez Radę Ministrów.
11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób przekazywania informacji, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz wzór dokumentu zawierającego taką informację, uwzględniając możliwość sprawnego przeprowadzenia analizy uzyskanych informacji i ich przetworzenia w celu sporządzenia informacji, o której mowa w ust. 5.

USTAWA z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399, 999, 1096 i 1905 oraz z 2020 r. poz. 1493 i 2401)

Art. 11.

Legitymacje wydane pracownikom Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzającym kontrole przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność przez okres *[dwóch lat]* **<trzech lat>** od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 12.

1. Umowy o pracę pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia, którzy według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r. byli zatrudnieni w komórkach organizacyjnych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia właściwych do spraw kontroli w zakresach wskazanych w art. 61a ust. 1-3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i którzy w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy byli pracownikami tych komórek oraz spełniają warunki określone w art. 61y ust. 3 pkt 1-3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, przekształcają się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy w umowy o pracę zawarte z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Osoby, o których mowa w ust. 1, i pracownicy centrali Narodowego Funduszu Zdrowia spełniający warunki określone w ust. 1 zachowują uprawnienia do wykonywania czynności, o których mowa w dziale IIIA ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, przez okres *[dwóch lat]* **<trzech lat>** od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.