

Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

- projekt -

Projekt uwzględnia:

- dobre i złe doświadczenia związane z funkcjonowaniem Kas Chorych i NFZ,
- programy PiS i PO dotyczące służby zdrowia,
- wnioski z konferencji „okrągłego stołu” w ochronie zdrowia z 2003r,
- opracowania zawarte w „Zielonej Księdze”,
- rozwiązania ze społecznego projektu ustawy prof. Zbigniewa Religi,
- uwagi zawarte w opracowaniu zespołu polskich i międzynarodowych ekspertów w ochronie zdrowia, koordynowanego przez *CASE – Doradcy* z 2005r.,

Projekt realizuje:

- założenia zawarte w programie *Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej*, opracowanym przez Porozumienie Środowisk Medycznych w 2004r,
- rekomendacje dla nowego rządu, przedstawione w deklaracji „*O przyjazny pacjentowi i efektywny ekonomicznie system opieki zdrowotnej w Polsce*”, podpisanej przez 18 opiniotwórczych organizacji – czerwiec 2005r.



OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY LEKARZY
październik 2005r.

OPIS PROJEKTU USTAWY

Projekt ustawy jest konsekwencją wcześniejszych działań OZZL zmierzających do zbudowania w Polsce systemu opieki zdrowotnej, którego podmiotem byłby pacjent i ubezpieczony, mający prawo wyboru szpitala, przychodni, lekarza i ubezpieczyciela, decydujący o tym, w jaki sposób wydawane są pieniądze, przeznaczone na jego leczenie.

Najważniejszymi etapami tych działań było:

- udział OZZL w latach 1995 -96 w **Spółecznej Komisji Zdrowia** przy NSZZ Solidarność, która przygotowała projekt ustawy o kasach chorych (wiele istotnych elementów tej ustawy zostało odrzuconych przez rząd AWS-UW),
- opracowanie, wraz z samorządem lekarskim, społecznego projektu ustawy zmieniającej ustawę o kasach chorych, złożonego do Sejmu w styczniu 2003r, jako **obywatelska inicjatywa ustawodawcza**, konkurencyjna do rządowego projektu (SLD-UP-PSL) wprowadzenia NFZ,
- utworzenie Porozumienia Środowisk Medycznych i opracowanie programu **Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej** – na początku roku 2004,
- doprowadzenie do ogłoszenia – w czerwcu 2005r. deklaracji „*O przyjazny pacjentowi i efektywny system opieki zdrowotnej w Polsce*” zawierającej rekomendacje dla nowego rządu, którą podpisało 18 organizacji ze służby zdrowia i spoza niej.

Ustawa wprowadza system opieki zdrowotnej oparty na następujących zasadach:

FINANSOWANIE

Świadczenia zdrowotne są finansowane ze **środków publicznych** - Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (PUZ) i **prywatnych**, z kieszeni pacjenta (dopłaty do świadczeń) lub z **dotatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych** (chronią przed dopłatami).

Każdy obywatel RP jest objęty przez PUZ. Składkę na PUZ opłaca za każdego budżet państwa w postaci **bonu zdrowotnego**. Kwota bazowa bonu powstaje przez podzielenie **6% PKB** przez ilość obywateli RP. Kwota faktyczna bonu jest zależna od wieku ubezpieczonego - wg czterech grup: 0-3, 4-18, 19-65, >65 lat.

PUZ jest realizowane przez **Fundusze Zdrowia** – **publiczne i niepubliczne, które konkurują ze sobą.** Każdy ma **prawo wyboru Funduszu**, gdzie przekazywana jest jego składka (bon zdrowotny). Każdy Fundusz musi przyjąć każdego ubezpieczonego.

Publiczne Fundusze powstają z podziału NFZ na 4-6 odrębne Fundusze (działające na terenie całego Kraju). Niepubliczne Fundusze mogą być powołane przez dowolne podmioty, po spełnieniu odpowiednich warunków finansowych, gwarantujących ich wiarygodność.

Fundusze Zdrowia zarządzają składkami ubezpieczonych, nie są ich właścicielami. Wszystkie środki ze składek muszą być przeznaczane na świadczenia dla ubezpieczonych. Zyskiem Funduszy jest ich wynagrodzenie, obliczone jako procent od bonu zdrowotnego pomnożony przez ilość ubezpieczonych w danym Funduszu.

Medycyna ratunkowa jest finansowana bezpośrednio z budżetu państwa.

KOSZYK ŚWIADCZEŃ REFUNDOWANYCH

PUZ finansuje świadczenia, które znajdują się w Koszyku Świadczeń Refundowanych. Na Koszyk ten składają się „Wykaz refundowanych leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych” oraz „Wykaz refundowanych świadczeń zdrowotnych”. **Ustawa bardzo dokładnie opisuje proces kwalifikowania świadczeń do Koszyka, wprowadzając jasne kryteria i przejrzyste mechanizmy**, odpolitycznienie tego procesu oraz możliwość odwołania się do sądu od decyzji odmawiającej refundacji. Jest to wyraźne novum w stosunku do dotychczasowych rozwiązań.

Zadania z zakresu **kwalifikowania świadczeń do „Koszyka”** będą realizować: Minister zdrowia, i powołane nowe instytucje: Komisja Refundacji i Agencja Oceny Technologii Medycznych.

Kwalifikacja będzie wyglądać następująco:

1. **Agencja Oceny Technologii Medycznych** ocenia czy określone świadczenie (w tym lek) jest skuteczne, opłacalne, nieszkodliwe i porównuje je do innych alternatywnych świadczeń.
2. **Komisja Refundacyjna** na podstawie oceny Agencji kwalifikuje lub dyskwalifikuje świadczenie (lek) do świadczeń refundowanych i określa grupę refundacyjną (patrz niżej).
3. **Minister Zdrowia** podejmuje ostateczne decyzje o kształcie Koszyka w postaci odpowiednich rozporządzeń. Minister nie może nic dodać do tego, co wpisała Komisja, może jedynie ująć. Może też zmienić kwalifikację do grupy refundacyjnej. Decyzję swoją musi uzasadnić w sposób jawny.

Kryteria jakimi kierują się: Agencja, Komisja i Minister są jawne i publikowane na stronie internetowej, podobnie wyniki ich prac.

Na początek wszystkie świadczenia finansowane przez NFZ są traktowane jako należące do „Koszyka”. Komisja Refundacyjna będzie sukcesywnie je oceniać (opierając się na opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych) niektóre wykreślając (lista negatywna), część pozostawiając (lista pozytywna). Będzie też dopisywać nowe.

Świadczenia „refundowane” **to nie znaczy „bezpłatne”**. Mogą one być udzielane: bezpłatnie, za dopłatą ryczałtową lub za dopłatą wynikającą z różnicy między kwotą refundacji z PUZ a ceną ustaloną przez świadczeniodawcę.

Są cztery grupy refundacyjne leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych:

- 1) produkty dostępne nieodpłatnie,
- 2) produkty dostępne za opłatą ryczałtową, z uwzględnieniem limitu ceny dla danej grupy
- 3) produkty odpłatne w 30% z uwzględnieniem limitu ceny dla danej grupy.
- 4) produkty odpłatne w 50 % z uwzględnieniem limitu ceny dla danej grupy.

Są trzy grupy refundacyjne świadczeń:

- 1) świadczenia **specjalne – bezpłatne**
- 2) świadczenia podstawowe - które nie mają alternatywy w określonej sytuacji i te, spośród kilku alternatywnych, które mają najlepszy stosunek skuteczności do kosztów.
- 3) świadczenia alternatywne – nie zakwalifikowane do specjalnych i podstawowych.

Świadczenia podstawowe i alternatywne mogą być bezpłatne lub dostępne za dopłatą, w zależności od tego, na ile starczy pieniędzy PUZ.

REFUNDACJA KOSZTÓW

Główną zasadą refundacji jest to, że się refunduje wszystko z „Koszyka”, ale nie wszystko w jednakowym stopniu. Zależy to od tego, na ile starcza pieniędzy PUZ. PUZ finansuje dane świadczenie do ustalonej kwoty refundacji, resztę – jeśli trzeba – dopłaca pacjent (lub dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne). To nie dotyczy świadczeń specjalnych, które są refundowane w 100 % (według tzw. standaryzowanych kosztów).

Najpierw ustala się kwoty refundacji dla świadczeń specjalnych – aby z pewnością starczyło pieniędzy PUZ na 100% refundację; w drugiej kolejności - dla świadczeń podstawowych, starając się aby kwoty refundacji były jak najbliższe standaryzowanym kosztom. Świadczenia alternatywne są refundowane w kwocie odpowiadającej świadczeniom podstawowym, co oznacza, iż ewentualne dopłaty będą tutaj – z reguły - największe.

Na podobnej zasadzie ustala się refundację leków, wybierając najpierw te, które są najważniejsze i dla których kwota refundacji powinna być zbliżona do 100% ceny (lub jej równa).

Kwoty refundacji dla świadczeń zdrowotnych ustala się drogą **negocjacji** między Ministrem Zdrowia a Krajowym Związkiem Funduszy Zdrowia (w przypadku świadczeń specjalnych z udziałem reprezentacji świadczeniodawców). Podobnie - kwoty refundacji dla leków. W razie braku porozumienia, decyzję ostateczną podejmuje Minister.

Standaryzowane koszty świadczeń zdrowotnych, które są podstawą do ustalania kwot refundacji, wylicza – wg jawnych kryteriów – **Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego**. Instytut określa również warunki, po spełnieniu których świadczeniodawcy mają prawo udzielać świadczeń w ramach PUZ oraz tworzy katalog produktów ubezpieczenia zdrowotnego (patrz niżej) .

ORGANIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczeniodawca może udzielać świadczeń refundowanych z PUZ po podpisaniu umowy z Funduszem Zdrowia. **Fundusz nie może odmówić podpisania umowy ze świadczeniodawcą, który wyraża taką wolę i spełnia określone warunki.** Nie ma „konkursów ofert”.

Świadczeniodawcy konkurują między sobą o pacjentów. Tam gdzie pójdzie pacjent, tam idzie kwota refundacji za udzielone mu świadczenie. Kwota refundacji nie może być mniejsza niż ustalona w Wykazie Kwot Refundacji. Fundusze, które lepiej gospodarują składkami ubezpieczonych mogą stosować wyższe kwoty refundacji (zmniejszając tym samym ewentualne dopłaty pacjentów).

Fundusze mają dużą swobodę w wyborze „**produktu ubezpieczeniowego**”, **będącego przedmiotem umowy ze świadczeniodawcą**, to znaczy sposobu zdefiniowania świadczeń i płacenia za te świadczenia. Produktem może być np. płacenie za usługę, za zdefiniowany zespół usług, za wyleczenie, za objęcie opieką określoną ilości ubezpieczonych. Dzięki tej swobodzie – Fundusze będą miały szersze pole konkurencji i mogą poszukiwać lepszego sposobu wykorzystania środków. Warunkiem jest aby Fundusze stosowały te same minimalne kwoty refundacji za te same produkty.

Ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy, spośród tych, którzy podpisali umowę z danym Funduszem. Za zgodą ubezpieczonego Fundusz może ograniczyć to prawo (dając w zamian inne korzyści np. brak dopłat ze strony pacjenta dzięki wyższym kwotom refundacji).

Świadczeniodawca ma prawo do ustalenia własnej ceny za świadczenie. Jeżeli cena ta jest wyższa niż kwota refundacji, pacjent musi dopłacić różnicę. Nie dotyczy to świadczeń specjalnych za które nie można stosować dopłat.

Poza dopłatami w/w mogą być również stosowane **dopłaty ryczałtowe**. Minister Zdrowia ustali wysokość tych dopłat i świadczenia, których będą dotyczyły (np. porady ambulatoryjne, ambulatoryjne badania, dzień hospitalizacji).

Zasady zaopatrzenia w leki pozostają generalnie takie same, z następującymi zmianami:

- są jawne i przejrzyste mechanizmy kwalifikacji leku do wykazu leków refundowanych,
- Fundusze mogą ograniczyć, za zgodą ubezpieczonego, wykaz leków refundowanych w obrębie tego samego preparatu - stosując tylko wybrany lek spośród wielu zamienników, co da oszczędności w wydatkach na leki dla Funduszu i dla ubezpieczonych,
- nie ma osób uprzywilejowanych w dostępie do leków, dotychczasowe przywileje rekompensowane są poza systemem służby zdrowia.

Dopłaty do świadczeń, dopłaty do leków i wszelkie inne koszty ponoszone w ramach PUZ mogą być przedmiotem **dotatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych**. Mogą one być oferowane także przez Fundusze Zdrowia, działające w ramach PUZ, dzięki temu możliwe są korzystniejsze oferty dla ubezpieczonych.

Nadzór nad systemem PUZ będzie sprawował Minister Zdrowia w zakresie świadczeń zdrowotnych i Minister Finansów – w zakresie bezpieczeństwa finansowego. Nadzór społeczny będzie polegał na możliwości rezygnacji przez obywatela z usług tego Funduszu, który nie będzie się sprawdzał.

Czym będą konkurować Fundusze, zabiegając o ubezpieczonych:

- mogą oferować wyższe kwoty refundacji niż inne Fundusze, co dla ubezpieczonych będzie znaczyło mniejsze dopłaty.
- mogą finansować dodatkowe świadczenia, których nie finansują inne Fundusze np. programy profilaktyczne, rehabilitacyjne itp. itd.
- mogą poprawiać standard usług, również w zakresie pozamedycznym np. przez oferowanie szpitali o lepszym standardzie hotelowym,
- mogą dawać „swoim” ubezpieczonym lepsze warunki ubezpieczenia dodatkowego.

Konkurencja Funduszy o ubezpieczonych i świadczeniodawców o pacjenta - zdecydują o tym, że podmiotem systemu będzie obywatel (ubezpieczony i pacjent).

Ustawa przewiduje wprowadzenie elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego, służącej również **rejestracji i kontroli udzielanych świadczeń**, co pozwoli zapobiec nadużyciom.

ZALETY PROPONOWANEJ USTAWY

Proponowany w ustawie system opieki zdrowotnej jest **kompromisem między propozycjami PO i PiS** - partii, które najprawdopodobniej utworzą przyszły rząd. Jest to kompromis, który z obu programów bierze to co w nich najlepsze, eliminując to co złe:

Następujące elementy są wspólne z programem PiS-u :

1. finansowanie składki na PUZ z budżetu państwa, w kwocie 6%PKB
2. objęcie ubezpieczeniem każdego obywatela,
3. przyznanie państwu roli regulatora rynku świadczeń zdrowotnych.

Następujące elementy są wspólne z programem PO :

1. możliwość realizacji PUZ przez konkurujące ze sobą publiczne i niepubliczne Fundusze,
2. istnienie konkurencji między świadczeniodawcami, wolny wybór świadczeniodawcy przez pacjenta, brak tzw. konkursu ofert dla świadczeniodawców,
3. możliwość istnienia dopłat pacjentów do świadczeń zdrowotnych w przypadku niewystarczającej ilości środków publicznych PUZ.

Następujące elementy są wspólne z programami obu partii:

1. określenie Koszyka Świadczeń Refundowanych,
2. powołanie niezależnych instytucji, które zajmą się oceną merytoryczną technologii medycznych (świadczeń zdrowotnych, leków), kwalifikowaniem do koszyka świadczeń refundowanych i obiektywną wyceną świadczeń (wyliczeniem standaryzowanych kosztów),
3. wprowadzenie rejestru usług medycznych,
4. istnienie dopłat pacjentów do świadczeń uznanych za „ponadstandardowe”
5. istnienie dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Proponowany system uwzględnia również dobre i złe doświadczenia związane z funkcjonowaniem Kas Chorych i NFZ, wnioski z konferencji „okrągłego stołu” w ochronie zdrowia z 2003r, elementy społecznego projektu ustawy zespołu prof. Zbigniewa Religi i szereg dokumentów, analiz, propozycji, konferencji, jakie – w sumie – składają się na publiczną dyskusję o oczekiwanej kształcie systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Ustawa podaje **sposoby rozwiązania najważniejszych problemów**, z jakimi boryka się od lat polska służba zdrowia:

Niedopasowanie ilości pieniędzy przeznaczonych na leczenie z faktycznym zapotrzebowaniem na te świadczenia – rozwiązuje w ten sposób, że oprócz środków publicznych – angażuje środki prywatne. Stosowana jest przy tym prosta zasada: ze środków publicznych refunduje się tyle, na ile starcza tych środków, za resztę dopłaca się z pieniędzy prywatnych. Ze względów epidemiologicznych i społecznych, wyróżniono tzw. świadczenia specjalne, które muszą być refundowane w 100%. Dlatego przy określaniu kwot refundacji, te świadczenia są liczone jako pierwsze. Wyróżniono również tzw. świadczenia podstawowe, to znaczy takie, które nie mają alternatywy w danej chorobie lub sytuacji, albo wykazują – spośród wielu alternatywnych – najlepszy stosunek skuteczności do kosztów. Te świadczenia będą brane pod uwagę w drugiej kolejności przy ustalaniu kwot refundacji, aby kwoty refundacji były jak najbardziej zbliżone do standaryzowanych kosztów. Świadczenia alternatywne (czyli wykazujące gorszy stosunek skuteczności do kosztów) będą miały największe dopłaty. Takie rozwiązania gwarantują bezpieczeństwo finansowe systemu PUZ.

Zadłużanie się świadczeniodawców – ustawa rozwiązuje w ten sposób, że likwiduje możliwość zaniżania cen za świadczenia i wprowadza silną konkurencję między świadczeniodawcami, wymuszającą dobre zarządzanie lub... bankructwo. W proponowanym systemie nie będzie zaniżonych cen za świadczenie, bo – jeśli kwota refundacji ze środków PUZ będzie zbyt niska w stosunku do kosztów - świadczeniodawca będzie mógł podać swoją cenę. (konkurencja między świadczeniodawcami wyeliminuje nieuzasadnione podnoszenie cen). W przypadku świadczeń specjalnych, za które nie wolno będzie pobierać dopłat, kwota refundacji będzie równa standaryzowanym kosztom wyliczonym w sposób zobiektywizowany. Dodatkowym czynnikiem, który spowoduje dobre zarządzanie szpitalami i innymi placówkami opieki zdrowotnej będzie przyjęcie przez nie formy spółki handlowej lub ich prywatyzacja.

Korupcja – zniknie, bo ulegną likwidacji czynniki, które ją powodują. Głównym czynnikiem korupcjogennym jest deficyt świadczeń zdrowotnych dostępnych w ramach PUZ w stosunku do potrzeb. Deficyt ten spowodowany jest sztywnym finansowaniem (wyłącznie ze środków publicznych), brakiem zdefiniowanego koszyka świadczeń refundowanych, „bezpłatnością” świadczeń, co sprzyja ich nadużywaniu oraz brakiem prawdziwej konkurencji między świadczeniodawcami i płatnikami, co sprzyja nieefektywnemu wykorzystaniu środków. W efekcie tego deficytu pojawiają się kolejki, które stymulują pacjenta i pracowników medycznych do korupcji. Zniknie również korupcja na styku: NFZ – świadczeniodawca. Dzisiaj takim czynnikiem korupcjogennym jest „konkurs ofert” i prawo NFZ do dowolnego regulowania warunków umowy, dowolnego ustalania limitów, kwot refundacji itp. Przejrzysty sposób kwalifikacji świadczeń i leków do Koszyka świadczeń refundowanych (jawność kryteriów i decyzji) spowoduje, że niemożliwa będzie korupcja na tym etapie.

Nierówne traktowanie ubezpieczonych, zarówno jeśli chodzi o ciężary na rzecz PUZ, jak i o dostęp do świadczeń – zostanie zlikwidowane poprzez zastosowanie jasnych, prostych i nie podlegających manipulacji zasad:

- każdy obywatel jest ubezpieczony w PUZ,
- za każdego obywatela równą składkę (bon zdrowotny) płaci budżet państwa, na który wszyscy obywatele – tak czy inaczej - składają się płacąc podatki. (Za ludzi, którzy nie płacą żadnych podatków, budżet państwa dotychczas również opłacał świadczenia zdrowotne lub składkę na PUZ)

Dzięki powyższym zasadom uniknie się takich nierówności w obciążeniach na rzecz PUZ, jak np.: niepłacenie składki przez zamożnych rolników, zaniżanie składki przez zamożnych przedsiębiorców, niepłacenie składki przez osoby osiągające dochód, ale rejestrujące się jako bezrobotne (praca na czarno).

Kolejnym rozwiązaniem realizującym konstytucyjny nakaz równości w dostępie do świadczeń jest zasada: „*ta sama kwota refundacji za to samo świadczenie*”, niezależnie kto je wykonuje. Dzięki temu możliwe będzie uruchomienie prawdziwej konkurencji między świadczeniodawcami i w konsekwencji stworzenie systemu wydolnego bez nieuzasadnionych kolejek i bez korupcji, co jest koniecznym warunkiem równego dostępu do opieki zdrowotnej.

Marnotrawstwo, które występuje na wielu szczeblach (podział środków na Oddziały NFZ, rozdział na świadczeniodawców, zarządzanie w szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej, inwestycje ze środków publicznych, spłacanie odsetek za zadłużenie itp.) – można będzie zlikwidować przez zastosowanie rynkowego (opartego na konkurencji) sposobu alokacji środków, co oznacza, że pieniądze będą trafiać tam, gdzie są najlepiej wykorzystywane, a te podmioty, które nie potrafią efektywnie wykorzystać środków – będą upadać. Duża swoboda Funduszu Zdrowia w wyborze produktów ubezpieczenia zdrowotnego (czyli sposobu zdefiniowania świadczeń, będących przedmiotem umowy ze

świadczniodawcami i metody opłacania za te świadczenia) umożliwi znalezienie najlepszych sposobów wykorzystania pieniędzy ubezpieczonych. Prawo zawężenia listy leków refundowanych - w obrębie tego samego preparatu do jednego z wielu zamienników – da możliwość oszczędności w kosztach leków (Fundusz będzie mógł wynegocjować z producentem wybranego leku istotne rabaty w zamian za gwarancję dużego zbytu na dany lek).

Zaniżanie wynagrodzeń personelu medycznego – zostanie wyeliminowane niejako przy okazji. Dzisiaj płace pracowników służby zdrowia są zaniżane, bo płace są jedynym elementem kosztów świadczeń zdrowotnych, na które dyrektorzy szpitali mają wpływ. Gdy monopolistyczny płatnik – NFZ stosuje zaniżone kwoty refundacji, a szpital musi płacić rynkowe ceny za sprzęt, odczynniki, media, leki, remonty itp. itd. – tylko na płacach pracowniczych można realnie zaoszczędzić. W warunkach rynkowych, które wprowadzi ustawa, płace personelu medycznego też osiągną wartość rynkową, a ponieważ jest duże zapotrzebowanie na usługi zdrowotne - płace te z pewnością wyraźnie wzrosną.

Zaletą ustawy jest to, że – wprowadzając głębokie zmiany w systemie opieki zdrowotnej – proponuje ewolucyjną drogę tych zmian. W ustawie zapisano dokładnie jak ma wyglądać okres przejściowy. Przed wejściem w życie całej ustawy, nabiorą mocy prawnej niektóre jej przepisy, dzięki którym będzie można przygotować nowy system. Wcześniej zaczną funkcjonować: Komisja Refundacyjna, Agencja Oceny Technologii Medycznych, Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń. Wcześniej nastąpi przekształcenie NFZ w kilka odrębnych, samodzielnych finansowo Funduszy Zdrowia, które od 01 stycznia 2007 roku będą funkcjonować już w pełni na nowych zasadach. Wcześniej minister zdrowia będzie mógł wprowadzić ryczałtowe dopłaty do niektórych świadczeń zdrowotnych – aby chociaż w części ustabilizować finansowo system. Wcześniej zacznie się przekształcenie SPZOZ w spółki prawa handlowego. Przewidziano również płynne przejście od obecnego stanu, gdzie „wszystko należy się wszystkim” bezpłatnie w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, do określenia Koszyka świadczeń refundowanych. Na początek przyjęto zasadę, że wszystkie dotychczas dostępne świadczenia należą do „koszyka”, a następnie w procesie stałego przeglądu tych świadczeń przez Komisję Refundacyjną, następować będzie wykreślanie tego co nieskuteczne lub szkodliwe, pozostawienie tego, co korzystne i dopisywanie nowych świadczeń.

SŁABE STRONY PROPONOWANEJ USTAWY

Główną wadą ustawy jest to, że nie przewiduje cudownej naprawy służby zdrowia bez ponoszenia kosztów. Przeciwnie, ustawa nakłada na wszystkich uczestników systemu opieki zdrowotnej określone ciężary, dając jednak w zamian konkretne korzyści: Ciężarem dla obywateli będą dopłaty do świadczeń, korzyścią – pewność, że w razie potrzeby otrzymają potrzebne świadczenie, bez kolejek, bez korupcji i innych przeszkód, a także poczucie, że są podmiotem systemu, o którego zabiegają świadczniodawcy i ubezpieczyciele. Ciężarem dla państwa będą dodatkowe nakłady z budżetu państwa, korzyścią – istnienie wydolnej i skutecznej służby zdrowia, stanowiącej stabilną część gospodarki, dającej zadowolenie obywatelom i spokój społeczny. Ciężarem dla pracowników medycznych będzie konieczność pracy w warunkach konkurencji, ciągłe dbanie o jakość i efektywność pracy; korzyścią – dobre płace, dobre perspektywy na zatrudnienie i rozwój zawodowy.

Zdajemy sobie sprawę, z trudności, z jakimi trzeba będzie się zmierzyć, wprowadzając ustawę:

Najtrudniej będzie wprowadzić **dopłaty ze środków prywatnych** do części świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie współpłacenia może być odbierane jako zmniejszenie dostępu do leczenia, w istocie faktyczny dostęp się zwiększy. Brak dopłat oznacza bowiem, że wszystkie świadczenia trzeba sfinansować z zamkniętej puli pieniędzy publicznych. Wzrost zapotrzebowania na świadczenia powoduje zatem, że pieniędzy tych brakuje, płatnik musi ograniczać (limitować) ilość świadczeń i zmniejszać cenę za pojedyncze świadczenia. To z kolei skutkuje powstawaniem kolejek do świadczeń, korupcją, zadłużaniem się szpitali. Limitowanie świadczeń wyklucza też sprawiedliwą konkurencję, co dodatkowo zmniejsza efektywność systemu. Realny dostęp do świadczeń zmniejsza się. Tym bardziej, że „bezpłatność” świadczeń sprzyja nadużywaniu części z nich. W efekcie: chociaż leczenie jest „bezpłatne”, ilość osób, jaka może skorzystać z potrzebnych świadczeń zdrowotnych jest mniejsza niż gdy istnieją dopłaty do leczenia. Jest oczywiste, że **wprowadzeniu współpłacenia** powinny towarzyszyć kroki mające na celu zwiększenie ilości pieniędzy w kieszeni obywateli przez faktyczne obniżenie obciążeń podatkowych (w tej czy innej formie). Odrębną sprawą wymagającą rozwiązania jest stworzenie systemu pomocy dla tych, których nie stać będzie na dopłaty. Nie jest to jednak zadanie służby zdrowia.

Trudno będzie uzyskać **wzrost nakładów na opiekę zdrowotną ze środków publicznych do 6% PKB**. Dotychczasowe tłumaczenia polityków, którzy sprzeciwiali się takiemu wzrostowi polegało na tym, iż nie warto „topić” publicznych pieniędzy w marnotrawnym systemie. To tłumaczenie straci jednak rację bytu, bo system, który wprowadzi proponowana ustawa będzie systemem efektywnym i oszczędnym. Politycy powinni mieć świadomość, że nakłady ze środków publicznych na służbę zdrowia w Polsce – liczone odsetkiem PKB - należą do najniższych w Europie. Podatki zbierane od obywateli powinny być przeznaczone raczej na cele wspólne (jak służba zdrowia), niż na rzecz określonych grup zawodowych czy innych (czego świadkami byliśmy w ostatnim czasie i wiele razy w przeszłości). Jest jeszcze jeden argument za zwiększeniem nakładów ze środków publicznych na służbę zdrowia: jeżeli chce się obciążyć obywateli dodatkowymi ciężarami (współpłacenie) to i państwo powinno pokazać, że bierze dodatkowy ciężar. Trzeba też dodać, że faktyczny wzrost nakładów ze strony państwa będzie mniejszy niż by się to pozornie wydawało. W proponowanym systemie znikną bowiem nakłady inwestycyjne z budżetu państwa w postaci budowy czy remontów szpitali, zakupów centralnych itp. Środki na inwestycje będą pochodzić z przychodów ze „sprzedaży” świadczeń zdrowotnych. Na koniec należy zaznaczyć, że system proponowany przez ustawę może sprawnie funkcjonować także przy minimalnych nakładach ze środków publicznych. Wówczas jednak udział środków prywatnych będzie odpowiednio większy.

Trudno będzie przełamać społeczne uprzedzenia do prywatyzacji szpitali, a zwłaszcza **do konieczności bankructwa tych zakładów opieki zdrowotnej, które osiągają złe wyniki ekonomiczne**. Dzisiaj sprzeciw wobec upadku tego czy innego szpitala może mieć uzasadnienie. W obecnym systemie wynik ekonomiczny szpitala nie musi być odzwierciedleniem dobrego czy złego zarządzania. Może być efektem zaniżonych cen płaconych przez NFZ (niższych niż gdzie indziej), zbyt niskich limitów, wpływów politycznych (lokalnych polityków na dyrekcje szpitali). W proponowanym systemie, te pozamerytoryczne uwarunkowania znikną. Złe wyniki finansowe oznaczać będą że szpital jest źle zarządzany lub, że nie jest w danym miejscu potrzebny (pacjenci nie chcą się w nim leczyć). Ze względów społecznych – lepiej aby taki szpital przestał istnieć i nie powodował straty pieniędzy, które gdzie indziej mogą być przeznaczone na leczenie ludzi.

Trudno będzie przekonać pracowników służby zdrowia z restrukturyzowanych i upadających zakładów, że – tym razem – są to operacje, które w efekcie przyniosą korzyści – także materialne – również im. Obok upadających zakładów będą bowiem powstawać nowe, często niewielkie, prywatne, które lepiej dostosują się do potrzeb pacjentów.

Wadą ustawy - „techniczną”, jest to, że **pewne konieczne zmiany zostały jedynie zasygnalizowane**, a nie opisane wystarczająco dokładnie. Stało się tak dlatego, że nie chcieliśmy zaciemniać tego, co dla nowego systemu jest najważniejsze. Odnosi się to np. do dokładnej organizacji Funduszy Zdrowia, co jest odesłane do odrębnych przepisów. Ustawa zawiera jednak warunki najważniejsze do tego, aby nowe Fundusze były wiarygodne finansowo (Fundusz założycielski co najmniej 10.000.000 zł., konieczność utworzenia funduszu gwarancyjnego i rezerwowego – proporcjonalnie do ilości ubezpieczonych) Podobnie sygnalizacyjnie potraktowana została konieczność zmiany formy prawnej przez SPZOZ-y. W ustawie zapisano jedynie, że od 01 stycznia 2007 roku powinny one funkcjonować jako spółki prawa handlowego, pozostawiając innym przepisom określenie szczegółowych zasad tego przekształcenia.

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy

USTAWA
z dnia
o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 1

1. Ustawa określa:

- 1) warunki udzielania, zakres i zasady finansowania świadczeń objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym,
- 2) prawa i obowiązki ubezpieczonych,
- 3) sposób kwalifikowania świadczeń zdrowotnych, leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych do koszyka świadczeń refundowanych.
- 4) sposób ustalania standardów medycznych i wyliczania standaryzowanych kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- 5) sposób definiowania produktów ubezpieczenia zdrowotnego, będących przedmiotem umowy między Funduszami Zdrowia a świadczeniodawcami,
- 6) zasady ustalania kwot refundacji za świadczenia finansowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i udziału ubezpieczonych w pokrywaniu części kosztów tych świadczeń,
- 7) zasady funkcjonowania Funduszy Zdrowia, Krajowego Związku Funduszy Zdrowia oraz Instytutu Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego, Komisji Refundacyjnej i Agencji Oceny Technologii Medycznych.
- 8) podstawy instytucjonalne i proceduralne do stosowania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 149 z lipca 1971 r., str. 2 i nast., z późn. zm.) i rozporządzenia Rady (EWG) nr 74/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z dnia 27 marca 1972 r., str. 1 i nast., z późn. zm.) oraz rozporządzenia Rady (WE) nr 9/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającego przepisy rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na obywatelstwo (Dz. Urz. WE L 124 z dnia 20 maja 2003 r., str. 1 i nast., z późn. zm.).

Art. 2

Ubezpieczeni mają prawo do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie.

Art. 3

Finansowanie świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego realizowane jest przez Fundusze Zdrowia, zwane dalej także „Funduszami”.

Art. 4

Powszechne ubezpieczenie zdrowotne jest oparte na zasadach:

- 1) solidarności społecznej;
- 2) równego dostępu ubezpieczonych do świadczeń,
- 3) wolnego wyboru Funduszu Zdrowia oraz świadczeniodawcy przez ubezpieczonych na warunkach określonych w ustawie;
- 4) zwrotu kosztów.

Art. 5

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) ambulatoryjna opieka zdrowotna - udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
- 2) apteka – aptekę ogólnodostępną, aptekę zakładową lub punkt apteczny;
- 3) bon zdrowotny - kwotę środków finansowych pochodzących z budżetu państwa, przeznaczonych na sfinansowanie składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne;
- 4) felczer ubezpieczenia zdrowotnego – felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń zdrowotnych u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) koordynowana opieka zdrowotna – udzielanie wszystkich czynności i procedur medycznych, niezbędnych do kompleksowego leczenia chorego, pod kierownictwem jednego podmiotu,
- 6) koszyk świadczeń refundowanych – świadczenia zdrowotne, leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze, finansowane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w całości lub w części – na zasadach określonych w ustawie,
- 8) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – lekarza, lekarza dentyzę będącego świadczeniodawcą, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, albo lekarza, lekarza dentyzę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 9) minimalne wynagrodzenie – minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3 – 5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za prace (Dz. U. Nr 200, poz. 1690);
- 10) nazwa międzynarodowa leku – nazwę leku zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia;
- 11) osoba uprawniona do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji – osobę, która nie posiada statusu ubezpieczonego na podstawie niniejszej ustawy i posiada prawo do świadczeń zdrowotnych na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, a której przysługują na terytorium RP świadczenia zdrowotne z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;
- 12) podstawowa opieka zdrowotna - świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
- 13) produkt ubezpieczenia zdrowotnego – świadczenie zdrowotne lub odpowiednio zdefiniowany zespół świadczeń, z określeniem sposobu ich finansowania przez Fundusz Zdrowia, będący przedmiotem umowy między Funduszem a świadczeniodawcą,
- 14) program zdrowotny – zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i

zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy ubezpieczonych;

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

16) stan nagły – stan, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 z późn. zm.);

17) świadczenie zdrowotne - działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania;

18) świadczenia specjalistyczne – świadczenia zdrowotne we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

19) świadczeniodawca: podmiot uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów szczególnych;

20) procedura medyczna – postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;

21) technologia medyczna – leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne, stosowane w określonych wskazaniach w celu uzyskania określonych efektów leczniczych, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne,

22) jednorodne grupy pacjentów – grupy pacjentów, w przybliżeniu jednolitych pod względem klinicznym (rozpoznanie) i kosztowym (leczenie)

Rozdział 2

Zasady podlegania powszechnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu

Art. 6

1. Ubezpieczonymi są:

1) osoby posiadające obywatelstwo polskie i zamieszkujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

2) cudzoziemcy przebywający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy uprawniającej do podjęcia pracy, zezwolenia na osiedlenie lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony.

2. Dla określenia miejsca zamieszkania osób, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego.

Art. 7

Z zastrzeżeniem art. 6 ust. 1, w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego nie mogą ubezpieczać się cudzoziemcy przebywający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Polskę stanowią inaczej.

Art. 8

1. Ubezpieczony realizuje swoje prawo do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego poprzez Fundusz Zdrowia.

2. Ubezpieczony ma prawo wyboru Funduszu, które realizuje przez złożenie, do dnia 30 czerwca roku poprzedzającego, odpowiedniego oświadczenia woli w siedzibie wybranego Funduszu.

3. Fundusz Zdrowia w terminie 7 dni od daty otrzymania oświadczenia przekazuje jego kopię do:

- 1) Funduszu Zdrowia, do którego należał ubezpieczony przed przystąpieniem do nowego Funduszu,
- 2) Krajowego Związku Funduszy Zdrowia.

4. Niezłożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 2 w ustawowym terminie, oznacza pozostanie ubezpieczonego w dotychczasowym Funduszu.

5. Fundusz Zdrowia dysponuje składką na powszechne ubezpieczenie zdrowotne ubezpieczonego, który złożył oświadczenie woli, o którym mowa w ust. 2.

6. Minister właściwy do spraw finansów publicznych określi w drodze rozporządzenia tryb przekazywania składek do poszczególnych Funduszy Zdrowia.

Art. 9

1. Dowodem objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym jest karta ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Karta ubezpieczenia zdrowotnego zawiera następujące dane:

- 1) imię (imiona) i nazwisko;
- 2) datę urodzenia;
- 3) numer PESEL, a w przypadku cudzoziemca – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 4) kod, rodzaj oraz okres ważności uprawnień;
- 5) numer identyfikacji Funduszu Zdrowia oraz datę jego wyboru;
- 6) kod ISO 3166 – 1 dla Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) nazwę „Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego”;
- 8) nazwę „Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego”;
- 9) datę ważności karty;
- 10) numer identyfikacji karty.

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

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz tryb wydawania i unieważniania tej karty, uwzględniając

dane wymienione w ust. 2 oraz konieczność ochrony tych danych zgodnie z odrębnymi przepisami.

Art. 10

Karta ubezpieczenia zdrowotnego może mieć charakter nośnika elektronicznego i może zawierać dodatkowo inne dane poza wymienionymi w art. 9 ust.2, w szczególności dane pozwalające na rejestrację i kontrolę świadczeń finansowanych ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 11

1. Każdy z Funduszków Zdrowia prowadzi wykaz ubezpieczonych, obejmujący osoby które wybrały określony Fundusz do realizacji ich uprawnień do powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Wykaz ubezpieczonych obejmuje następujące dane:

- 1) imię i nazwisko ubezpieczonego;
- 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
- 3) numer PESEL ubezpieczonego;
- 4) numer NIP ubezpieczonego;
- 5) serię i numer dowodu osobistego lub paszportu ubezpieczonego;
- 6) nazwę Funduszu Zdrowia ;
- 7) datę objęcia ubezpieczeniem w danym Funduszu.

3. Każdy z Funduszków jest zobowiązany do przekazania Krajowemu Związkowi Funduszków Zdrowia aktualnego imiennego wykazu ubezpieczonych według stanu na dzień zakończenia poprzedniego kwartału, w terminie do 15 dnia kolejnego kwartału danego roku.

Art. 12

1. Krajowy Związek Funduszków Zdrowia, zwany dalej także „Krajowym Związkiem”, prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:

- 1) potwierdzenia prawa do świadczeń finansowanych z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) gromadzenia danych o osobach ubezpieczonych w poszczególnych Funduszkach Zdrowia;
- 3) podziału, przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, środków finansowych między Fundusze.

2. Krajowy Związek przekazuje ministrowi właściwemu do spraw administracji i ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych Centralny Wykaz Ubezpieczonych w terminie do końca pierwszego miesiąca każdego kwartału.

3. Centralny Wykaz Ubezpieczonych winien zawierać jednoznaczne przypisanie ubezpieczonych do poszczególnych Funduszków Zdrowia .

4. Centralny Wykaz Ubezpieczonych weryfikowany jest co kwartał przez ministra właściwego do spraw administracji

5. W razie wystąpienia rozbieżności między informacjami zawartymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych a danymi znajdującymi się w posiadaniu ministra właściwego do spraw administracji, przeprowadza się postępowanie wyjaśniające, a następnie rozstrzyga sprawę w drodze decyzji administracyjnej. Postępowanie wyjaśniające przeprowadza i decyzję administracyjną podejmuje – minister właściwy do spraw administracji.

6. Minister właściwy do spraw administracji przekazuje ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych informacje na temat liczby ubezpieczonych w poszczególnych

Funduszach Zdrowia , z podziałem na grupy wiekowe, o których mowa w art.15 ust.3, w celu dokonania podziału środków finansowych między poszczególnymi Funduszami.

Art. 13

Osoby nie ubezpieczone w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego mają prawo do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych w przypadkach nagłych – na zasadach ustalonych w ustawie o ratownictwie medycznym.

Rozdział 3 Uprawnienia i obowiązki ubezpieczonych

Art. 14

Ubezpieczonemu przysługuje prawo do sfinansowania ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach i w zakresie określonym w ustawie:

- 1) badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
- 2) świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, w tym obowiązkowych szczepień ochronnych;
- 3) podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) świadczeń w środowisku nauczania i wychowania;
- 5) ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych;
- 6) rehabilitacji leczniczej;
- 7) świadczeń stomatologicznych;
- 8) leczenia szpitalnego;
- 9) leczenia w domu chorego;
- 10) transportu sanitarnego;
- 11) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w tym opieki paliatywno-hospicyjnej;
- 12) opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu;
- 13) opieki nad kobietą w okresie karmienia piersią;
- 14) opieki prenatalnej nad płodem i opieki nad noworodkiem oraz wstępnej oceny stanu zdrowia i rozwoju niemowlęcia;
- 15) opieki nad zdrowym dzieckiem, w tym oceny stanu zdrowia i rozwoju dziecka do lat 18;
- 16) leczenia uzdrowiskowego;
- 17) zaopatrzenia w produkty lecznicze, wyroby medyczne i środki pomocnicze;

Art. 15

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do sfinansowania jego składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne z budżetu państwa w formie bonu zdrowotnego.

2. Wartość bazową jednego bonu zdrowotnego stanowi iloraz budżetowych środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i liczby ubezpieczonych.

3. Wartość rzeczywistą bonu zdrowotnego stanowi iloczyn wartości bazowej bonu oraz odpowiedniego współczynnika, zależnego od wieku, jednakowego dla następujących grup wiekowych:

- 1) do 3 roku życia,
- 2) od 4 do 18 roku życia;
- 3) od 19 do 64 roku życia;
- 4) powyżej 65 roku życia.

4. Wysokość współczynników wiekowych, o których mowa w ust. 3, określi w drodze rozporządzenia, nie częściej niż raz w roku, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Krajowego Związku Funduszy Zdrowia, kierując się analizą faktycznie ponoszonych kosztów na świadczenia zdrowotne w okresie wcześniejszym w przeliczeniu na jedną osobą z danego przedziału wiekowego.

5. Wysokość budżetowych środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego danym roku wynosi 6 % Produktu Krajowego Brutto roku poprzedzającego.

6. Wartość jednego bonu zdrowotnego określi, w terminie do 31 października roku poprzedzającego, minister właściwy do spraw finansów publicznych, w drodze rozporządzenia, przyjmując za podstawę liczbę ubezpieczonych, według danych przedstawionych przez ministra właściwego do spraw administracji na dzień 30 czerwca roku poprzedniego.

Art. 16

1. Ubezpieczony ma prawo do sfinansowania – ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego - całości lub części kosztów świadczeń udzielonych mu na zasadach określonych w niniejszej ustawie.

2. Ubezpieczony zobowiązany jest do częściowego pokrycia kosztów świadczeń w przypadkach i na zasadach określonych w ustawie.

3. Udział ubezpieczonego w pokrywaniu części kosztów świadczeń refundowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego może mieć charakter:

1) dopłat wynikających z różnicy między kwotą refundacji za dane świadczenie zdrowotne ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego a ceną za to świadczenie ustaloną przez świadczeniodawcę,

2) opłat ryczałtowych za określone świadczenie zdrowotne, niezależnie od istnienia lub braku opłaty wymienionej w punkcie 1,

3) dopłat do refundowanych leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych.

Art. 17

1. W stanach nagłych świadczenia zdrowotne udzielane są ubezpieczonym niezwłocznie.

2. W razie braku możliwości udzielenia świadczeń zdrowotnych określonych w umowie z Funduszem Zdrowia, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy lub w związku z wystąpieniem siły wyższej, w przypadku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych przez innego świadczeniodawcę.

3. W przypadkach, gdy świadczenia zdrowotne w stanie nagłym udzielane są przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Funduszem Zdrowia, ubezpieczony ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie, określonym w ustawie o państwowym ratownictwie medycznym i aktach wykonawczych do tej ustawy.

4. Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Funduszem Zdrowia, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenia zdrowotne udzielone ubezpieczonemu w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty

udzielenia niezbędnych świadczeń zdrowotnych, nie wyższe jednak niż określone w wykazie kwot refundacji, o którym mowa w art. 26.

5. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa wnioski do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń zdrowotnych wraz z kopią rachunku wystawionego pacjentowi, wykazem udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielania świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

6. Podmiotowi zobowiązanemu do sfinansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych przysługuje prawo kontroli zasadności wniosku, o którym mowa w ust. 5.

Art. 18

1. Świadczenia zdrowotne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego udzielane są bez zbędnej zwłoki według kolejności zgłoszenia i z uwzględnieniem kryteriów medycznych, wpływających na pilność udzielenia świadczenia.

2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego:

- 1) ustala kolejność udzielenia świadczeń zdrowotnych,
- 2) informuje ubezpieczonego o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu.
- 3) prowadzi listę pacjentów oczekujących na określone świadczenie.

3. Obowiązek prowadzenia listy oczekujących nie zachodzi, gdy czas oczekiwania na określone świadczenie u danego świadczeniodawcy nie przekracza:

- 1) w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej – 7 dni,
- 2) w przypadku specjalistycznej opieki zdrowotnej – ambulatoryjnej 2 tygodni,
- 3) w przypadku hospitalizacji - 1 miesiąc.

4. W razie zmiany stanu zdrowia ubezpieczonego, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, ubezpieczony informuje o tym świadczeniodawcę, który koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczeń i informuje niezwłocznie ubezpieczonego o nowym terminie.

5. W razie wystąpienia nieprzewidzianych okoliczności, uniemożliwiających zachowanie ustalonego terminu wykonania świadczenia, świadczeniodawca informuje ubezpieczonego w każdy dostępny sposób o zmianie terminu i jej przyczynie. Dotyczy to również zmiany terminu udzielenia świadczeń zdrowotnych na wcześniejszy.

6. W przypadku, gdy ubezpieczony nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie określonym w ust. 2, 4 lub 5, lub gdy zrezygnował ze świadczenia zdrowotnego, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.

7. W celu otrzymania świadczenia zdrowotnego na podstawie skierowania, ubezpieczony może wpisać się na listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.

Art. 19

1. Świadczeniodawca prowadzący listę oczekujących na świadczenia zdrowotne przekazuje co miesiąc Krajowemu Związkowi Funduszków Zdrowia informację o liczbie oczekujących na udzielenie określonego rodzaju świadczenia.

2. Krajowy Związek Funduszków Zdrowia tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych i o średnim czasie oczekiwania.

3. Krajowy Związek Funduszków Zdrowia udziela ubezpieczonym informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 2.

Art. 20

Przepisów art. 18 i art. 19 nie stosuje się do świadczeń zdrowotnych z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Art. 21

1. Ubezpieczony ma prawo do wyboru świadczeniodawcy spośród podmiotów, które udzielają świadczeń w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, z wyjątkiem przypadków określonych w ustawie.

Art. 22

1. Ubezpieczony jest zobowiązany wykonywać zalecenia świadczeniodawcy związane z udzielanym świadczeniem zdrowotnym pod rygorem utraty prawa do:

- 1) zwrotu całości lub części kosztów tego świadczenia,
- 2) zwrotu całości lub części kosztów innego świadczenia zdrowotnego, które może być udzielone w związku z daną chorobą.

Art. 23

1. Fundusz Zdrowia nie finansuje kosztów leczenia ubezpieczonego lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, z wyjątkiem kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu zgodnie z przepisami o koordynacji i zapisami niniejszej ustawy.

2. Fundusz Zdrowia wydaje ubezpieczonemu, na wniosek ubezpieczonego, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, zwanego dalej „podmiotem uprawnionym”, zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych w przypadku, o którym mowa w art. 22 ust. 2 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1407/71.

3. W razie niemożności udzielenia świadczenia zdrowotnego w kraju bez zbędnej zwłoki, ubezpieczony ma prawo ubiegać się o zgodę na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Krajowego Związku Funduszków Zdrowia, określi w drodze rozporządzenia:

- 1) tryb składania i rozpatrywania wniosków o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o których mowa w ust. 2 i ust. 3;
- 2) wzór wniosku, o którym mowa w punkcie 1

- mając na względzie ochronę zdrowia ubezpieczonego oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju.

Art. 24

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

2. Koszty leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju:

1) wynikające z umów międzynarodowych zawartych z państwami nie będącymi członkami Unii Europejskiej lub członkami Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronami umowy o Europejskim obszarze gospodarczym;

2) powstałe na podstawie skierowania, o którym mowa w ust. 1, wraz z kosztami transportu ubezpieczonego do miejsca leczenia za granicą i do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju

- są finansowane z budżetu państwa.

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

1) tryb składania i rozpatrywania wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, o którym mowa w ust. 1;

2) wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1;

3) tryb pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 2 pkt 2

-mając na względzie ochronę zdrowia pacjenta oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju.

Rozdział 4

Zasady tworzenia koszyka świadczeń refundowanych

Art. 25

1. Ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonym przysługują świadczenia zamieszczone w Koszyku świadczeń refundowanych.

2. Na koszyk świadczeń refundowanych składają się:

1) leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze, stosowane w lecznictwie ambulatoryjnym, zamieszczone w **Wykazie refundowanych leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych** ;

2) świadczenia zdrowotne zamieszczone w **Wykazie refundowanych świadczeń zdrowotnych**, z uwzględnieniem art. 149.

3. Wykazy wymienione w ust. 2 określa, w drodze odpowiednich rozporządzeń, minister właściwy do spraw zdrowia, na zasadach określonych w ustawie.

Art. 26

1. Ubezpieczony ma prawo do sfinansowania ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego kosztów przysługujących świadczeń zdrowotnych w kwotach ustalonych w wykazie kwot refundacji.

2. Wykaz kwot refundacji określa, w drodze odpowiednich rozporządzeń, minister właściwy do spraw zdrowia, na zasadach określonych w ustawie.

Art. 27

Ubezpieczony ma prawo do sfinansowania ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego kosztów przysługujących leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych na zasadach i w kwotach ustalonych w Wykazie refundowanych leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych.

Art. 28

Fundusze Zdrowia nie pokrywają kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych bezpośrednio z budżetu państwa.

Art. 29

Zadania z zakresu kwalifikowania świadczeń zdrowotnych, leków oraz wyrobów medycznych i środków pomocniczych – do Koszyka świadczeń refundowanych realizują:

- 1) Agencja Oceny Technologii Medycznych.
- 2) Komisja Refundacyjna,
- 3) Minister właściwy do spraw zdrowia,

AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH

Art. 30

1. Tworzy się Agencję Oceny Technologii Medycznych zwanej dalej także „Agencją”.
2. Siedzibą Agencji jest Warszawa.
3. Agencja jest prowadzona w formie zakładu budżetowego, utworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
4. Agencja prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w Prawie budżetowym, z zastrzeżeniem ust 5.
5. Agencja pozostawia w swojej dyspozycji 70% wpłaty przeznaczonej dla budżetu, pod warunkiem, że środki te będą wykorzystane na zakup środków trwałych, inwestycje lub sfinansowanie badań z zakresu należącego do kompetencji Agencji.

Art. 31

Do zadań Agencji należy:

- 1) ocena technologii medycznych, leków oraz wyrobów medycznych i środków pomocniczych, a w szczególności sporządzanie rekomendacji, dotyczących zasadności ich włączenia do Koszyka świadczeń refundowanych..
- 2) ustalanie standardów postępowania medycznego w określonych stanach i sytuacjach chorobowych, z uwzględnieniem stosowanych leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, sprzętu oraz kwalifikacji personelu medycznego, w szczególności dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego
- 3) prowadzenie działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie oceny technologii medycznych, leków oraz wyrobów medycznych i środków pomocniczych

Art. 32

1. Realizując zadanie określone w art. 31 ust 1 Agencja kieruje się następującymi kryteriami:

- 1) wagą i znaczeniem, z punktu widzenia efektów zdrowotnych społeczeństwa, ocenianej technologii (w tym leku, wyrobu medycznego, środka pomocniczego);
- 2) udowodnioną efektywnością i siłą interwencji w porównaniu z alternatywnymi technologiami lub produktami;
- 3) opłacalnością w porównaniu z alternatywnymi technologiami lub produktami,;
- 4) możliwością sfinansowania ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i środków prywatnych ubezpieczonych.

2. Szczegółowe kryteria stosowane przez Agencję przy realizacji zadania, o którym mowa w art. 31 pkt 1, określi w drodze rozporządzenia, z uwzględnieniem ust.1, minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Agencji. Kryteria te są podawane do publicznej wiadomości, w szczególności poprzez ich zamieszczenie na stronie internetowej Agencji.

Art.33

1. Zadanie, o którym mowa w art. 31 pkt.1 Agencja realizuje poprzez:

- 1) Opiniowanie i certyfikację analiz efektywności, analiz ekonomicznych i analiz wpływu na budżet płatnika, ocenianych technologii lub produktów, przeprowadzanych przez inne niż Agencja podmioty, w tym analiz dołączonych do wniosków o których mowa w art. 52 ust. 2 ;
- 2) Przeprowadzanie analiz wymienionych w pkt 1 z własnej inicjatywy lub na zlecenie innych podmiotów.
- 3) Sporządzenie i aktualizację:
 - a) Listy negatywnej technologii nielekowych”,
 - b) Listy pozytywnej technologii medycznych, w tym leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych. .
- 4) Informowanie Komisji Refundacyjnej o treści i zmianach na listach wymienionych w punkcie 3.
- 5) Organizowanie, na wniosek Komisji Refundacyjnej, przetargów publicznych na prowadzenie analiz dotyczących wskazanych przez Komisję technologii medycznych.
- 6) Ocenianie, na wniosek Komisji Refundacyjnej, wykonawców analiz technologii medycznych.

2. Listy, wymienione w ust. 1 pkt 3 są jawne i publikowane na stronie internetowej Agencji.

3. Z wnioskami do Agencji, o przeprowadzenie czynności, wymienionych w ust.1 pkt 1 i 2 mogą występować dowolne podmioty. Agencja realizuje w pierwszej kolejności zlecenia tych podmiotów, które wystąpiły do Komisji Refundacyjnej z wnioskiem o którym mowa w art. 52 ust.2.

4. Agencja jest zobowiązana do wydania oceny dotyczącej analiz dołączanych do wniosków kierowanych do Komisji Refundacyjnej, o których mowa w art. 52 ust.2, wraz z uzasadnieniem nie później niż w terminie trzech miesięcy od daty dostarczenia analiz przez wnioskodawcę i wniesieniu przez niego opłaty zgodnej z cennikiem, o którym mowa w ust. 5.

5. Za czynności wymienione w ust. 1 pkt 1 i 2, wykonane na wniosek innych podmiotów, Agencja pobiera opłaty zgodnie z cennikiem, ustalonym na dany rok przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Cennik jest jawny i zamieszczony na stronie internetowej Agencji.

6. Koszty opiniowania i certyfikacji analiz dotyczących leków ponosi wnioskodawca. Koszty opiniowania i certyfikacji analiz dotyczących technologii nielekowych ponosi minister właściwy do spraw zdrowia, Fundusz Zdrowia lub inny wnioskodawca, zgodnie z decyzją Komisji Refundacyjnej.

Art.34

1. Lista negatywna technologii nielekowych obejmuje technologie diagnostyczne i nielekowe technologie terapeutyczne o nie udowodnionej efektywności lub wykazanej szkodliwości.
2. Wpis na listę dokonywany jest przez Agencję w oparciu o analizy efektywności certyfikowane przez Agencję.

Art.35

1. Lista pozytywna technologii medycznych, w tym leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych, obejmuje technologie medyczne o udowodnionej efektywności, które mogą być stosowane alternatywnie w określonym przypadku wraz z porównaniem opłacalności tych technologii.
2. Lista tworzona jest na podstawie porównawczych analiz ekonomicznych, certyfikowanych przez Agencję, przeprowadzonych z perspektywy płatnika, uwzględniającej dopłaty ze strony pacjenta oraz z perspektywy społecznej, uwzględniającej koszty wynikające w szczególności z niezdolności do pracy i niepełnosprawności.
3. Lista obejmuje trzy kategorie:
 - a) technologie medyczne o najwyższej opłacalności,
 - b) technologie medyczne o średniej opłacalności,
 - c) technologie medyczne o najniższej opłacalności.

Art.36

1. Agencja Oceny Technologii Medycznych może otrzymywać dotacje budżetowe na:
 - 1) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób zatrudnionych w Agencji,
 - 2) inwestycje, w tym zakup wysoko specjalistycznych aparatury i sprzętu,
2. Dotacje wymienione w ust. 1 przyznaje minister właściwy do spraw zdrowia.

Art.37

1. Agencją Oceny Technologii Medycznych kieruje Prezes Agencji.
2. Prezes Agencji jest powoływany przez Ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie konkursu kandydatów.
3. Kadencja Prezesa Agencji trwa 5 lat. Prezes pełni swoją funkcję nie dłużej niż dwie kadencje.

Art.38

Strukturę organizacyjną Agencji i sposób jej funkcjonowania określa statut nadany przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 39

1. Agencja ma prawo zasięgać opinii zewnętrznych ekspertów krajowych i zagranicznych dotyczących części analiz przedstawianych przez wnioskodawców.
2. Eksperti wymienieni w ust. 1 pobierają wynagrodzenie za przedstawiane opinie, którego wysokość ustalana jest z góry, zgodnie z obowiązującymi w kraju eksperta stawkami.

3. Agencja ustala stawki obowiązujące konsultantów zewnętrznych, krajowych i zamieszcza je na swojej stronie internetowej.
4. Opiniowanie przez ekspertów zewnętrznych jest finansowane w ramach środków, jakimi dysponuje Agencja .

KOMISJA REFUNDACYJNA

Art. 40

1. Tworzy się Komisję Refundacyjną, prowadzoną w formie jednostki budżetowej, utworzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
2. Komisja Refundacyjna prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w Prawie budżetowym, z zastrzeżeniem ust 3
3. Komisja Refundacyjna pozostawia w swojej dyspozycji 70% środków budżetowych nie wykorzystanych w danym roku, pod warunkiem, że środki te będą przeznaczone na zakup środków trwałych, inwestycje lub sfinansowanie badań z zakresu oceny technologii medycznych, zleconych przez Komisję.

Art. 41

Do zadań Komisji Refundacyjnej należy:

- 1) Sporządzanie propozycji Wykazu refundowanych leków, wyrobów medycznych i materiałów pomocniczych oraz zmian w tym wykazie nie rzadziej niż raz na pół roku;
- 2) Sporządzanie propozycji Wykazu refundowanych świadczeń zdrowotnych oraz zmian w tym wykazie nie rzadziej niż raz na pół roku,

Art. 42

1. Wykaz refundowanych leków, wyrobów medycznych i materiałów pomocniczych zawiera spis leków, wyrobów medycznych i materiałów pomocniczych, stosowanych w lecznictwie ambulatoryjnym z podziałem na grupy refundacyjne, o których mowa w art. 44 ust.2 i określeniem kwot limitów, o których mowa w art. 46.
2. Wykaz refundowanych świadczeń zdrowotnych zawiera spis świadczeń zdrowotnych przysługujących ubezpieczonym w lecznictwie zamkniętym i ambulatoryjnym wraz z lekami, wyrobami medycznymi i środkami pomocniczymi, jeżeli zostały one uznane za konieczne do wykonania określonych świadczeń – w standardach przyjętych przez Agencję Oceny Technologii Medycznej. Wykaz uwzględnia podział świadczeń na grupy refundacyjne, o których mowa w art. 48 ust. 2.
3. W przypadku świadczeń udzielanych w lecznictwie zamkniętym oraz określonych świadczeń ambulatoryjnych, wskazanych w Wykazie świadczeń refundowanych, świadczeniodawca udzielający tych świadczeń jest zobowiązany zapewnić ubezpieczonemu potrzebne leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze w ramach kosztu świadczenia.

Art. 43

1. Komisja Refundacyjna podejmuje decyzje dotyczące umieszczenia świadczenia zdrowotnego, leku, wyrobu medycznego lub środka pomocniczego w propozycji odpowiedniego wykazu, oraz decyzje o wykreśleniu z tego wykazu – na podstawie wyników: porównawczych analiz efektywności, analiz ekonomicznych oraz analiz wpływu na budżet płatnika.

2. Komisja Refundacyjna określa i podaje do publicznej wiadomości, w szczególności poprzez zamieszczenie na swojej stronie internetowej, rodzaj analiz, o których mowa w ust.1.
3. Analizy, o których mowa w ust.1 wykonywane są przez Agencję Oceny Technologii Medycznych lub przez inne podmioty i oceniane przez Agencję. Agencja przedstawia Komisji wyniki swojej oceny w formie rekomendacji, o których mowa w art. 31 pkt 1.
4. Podejmując decyzje, o których mowa w ust. 1, Komisja Refundacyjna kieruje się kryteriami wymienionymi w art. 32 ust. 1

Art. 44

1. Propozycja Wykazu refundowanych leków, wyrobów medycznych i materiałów pomocniczych, określanych dalej wspólnym mianem „produktu” , sporządzona przez Komisję Refundacyjną, obejmuje kwalifikację każdego produktu, do odpowiedniej grupy refundacyjnej.
2. Ustala się cztery grupy refundacyjne:
 - 1) produkty dostępne nieodpłatnie;
 - 2) produkty dostępne za opłatą ryczałtową, z uwzględnieniem limitu ceny dla danej grupy, o którym mowa w art. 46;
 - 3) produkty odpłatne w 30% z uwzględnieniem limitu ceny dla danej grupy, o którym mowa w art. 46;
 - 4) produkty odpłatne w 50 % z uwzględnieniem limitu ceny dla danej grupy, o którym mowa w art. 46.
3. Wysokość opłaty ryczałtowej dla leku jest ustalona przez ministra właściwego do spraw zdrowia i nie może przekraczać 0,5% minimalnego wynagrodzenia za jedno opakowanie leku.
4. Wysokość opłaty ryczałtowej dla wyrobu medycznego i środka pomocniczego jest ustalona przez ministra właściwego do spraw zdrowia i nie może przekraczać 5% minimalnego wynagrodzenia za jeden wyrób medyczny lub jeden środek pomocniczy. .

Art. 45

Do grupy produktów wydawanych bezpłatnie lub za opłatą ryczałtową kwalifikuje się w szczególności produkty stosowane w chorobach przewlekłych, psychicznych i o szczególnie dużym znaczeniu społecznym.

Art. 46

1. W każdej spośród grup produktów, wymienionych w art. 44 ust.2 pkt 2,3,4 mogą być wprowadzone limity ceny względem których odnosi się stopień refundacji.
2. Określony limit obejmuje leki posiadające tę samą nazwę międzynarodową albo różne nazwy międzynarodowe, ale podobne działanie terapeutyczne.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kryteria kwalifikacji leków o różnych nazwach międzynarodowych, ale o podobnym działaniu terapeutycznym, do grupy objętej wspólnym limitem ceny, biorąc pod uwagę wskazania terapeutyczne i bezpieczeństwo ich stosowania oraz skuteczność leków.

4. Wysokość limitu jest ustalana, w drodze rozporządzenia, przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zaopiniowaniu przez Prezesa Krajowego Związku Funduszy Zdrowia, z uwzględnieniem art. 74. Wysokość limitu nie może przewyższać ceny najtańszego leku spośród objętych limitem.

5. Jednakowy limit ceny dotyczy leków, o tej samej dawce, wielkości opakowania i drodze podania.

6. Określony limit obejmuje wyrób medyczny lub środek pomocniczy tego samego rodzaju lub spełniający tę samą funkcję.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kryteria kwalifikacji wyrobów medycznych i środków pomocniczych do grupy objętej wspólnym limitem ceny, biorąc pod uwagę wskazania terapeutyczne, bezpieczeństwo ich stosowania oraz skuteczność.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia limity, o których mowa w ust. 6. po zaopiniowaniu przez Prezesa Krajowego Związku Funduszy Zdrowia.

Art. 47

Ten sam lek, wyrób medyczny i środek pomocniczy może należeć do różnych grup refundacyjnych, o których mowa w art. 44 ust. 2 i mieć różne limity, o których mowa w art. 46 – w odniesieniu do różnych chorób i różnych grup chorych.

Art. 48

1. Propozycja Wykazu refundowanych świadczeń medycznych, sporządzona przez Komisję Refundacyjną obejmuje kwalifikację każdego świadczenia do odpowiedniej grupy refundacyjnej.

2. Ustala się trzy grupy refundacyjne świadczeń:

- 1) świadczenia specjalne;
- 2) świadczenia podstawowe;
- 3) świadczenia alternatywne.

3. Przynależność świadczenia do określonej grupy refundacyjnej decyduje o sposobie ustalania kwot refundacji za to świadczenie, zgodnie z art. 69 i art. 70.

Art. 49

1. Świadczenia specjalne są to świadczenia zdrowotne o szczególnym znaczeniu epidemiologicznym i społecznym, zwłaszcza z zakresu onkologii, psychiatrii, neonatologii i medycyny ratunkowej, za które świadczeniodawcy nie mogą pobierać dopłat, o których mowa w art. 16 ust. 3 pkt 1.

2. Świadczenia podstawowe są to świadczenia zdrowotne, nie zaliczone do świadczeń specjalnych, które nie mają alternatywy w określonej chorobie lub sytuacji oraz te świadczenia, spośród kilku alternatywnych w danej chorobie lub sytuacji, które wykazują – w ocenie Komisji Refundacyjnej – najlepszy stosunek efektów zdrowotnych do kosztów.

3. Do świadczeń alternatywnych kwalifikowane są te świadczenia zdrowotne, które nie zostały zakwalifikowane do świadczeń podstawowych i specjalnych.

Art. 50

1. Decyzje, o których mowa w art. 43 ust.1, Komisja podejmuje w drodze uchwał, większością głosów, w obecności co najmniej 2/3 ustawowej liczby jej członków. W przypadku równej liczby głosów rozstrzyga głos Przewodniczącego Komisji.

2 Przewodniczący Komisji Refundacyjnej zaprasza do udziału w posiedzeniach Komisji, w charakterze obserwatorów i sprawozdawców, dwóch przedstawicieli Agencji Oceny Technologii Medycznych oraz do dwóch przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 51

Komisja Refundacyjna nie może umieścić leku, wyrobu medycznego, środka pomocniczego do propozycji Wykazu refundowanych leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych ani świadczenia zdrowotnego do propozycji Wykazu refundowanych świadczeń zdrowotnych, jeżeli nie są one wpisane na „Listę pozytywną technologii medycznych”, prowadzonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych.

Art. 52

1. Komisja Refundacyjna dokonuje wpisu do propozycji wykazów, wymienionych w art. 41 z własnej inicjatywy lub na wniosek zainteresowanych podmiotów.

2. Komisja Refundacyjna określa i podaje do publicznej wiadomości, w szczególności poprzez zamieszczenie na swojej stronie internetowej, wzór wniosku o umieszczenie w wykazach o których mowa w art. – leków, wyrobów medycznych, środków pomocniczych oraz świadczeń zdrowotnych.

3. Rozpatrywanie wniosku nie powinno trwać dłużej niż 90 dni, licząc od dnia jego złożenia, pod warunkiem, że wniosek zawiera wszystkie wymagane dane, w tym wyniki analiz, o których mowa w art. 43 ust.1

4. W przypadku konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do umieszczenia danego leku i wyrobu medycznego we właściwym wykazie bieg terminu, o którym mowa w ust. 3 ulega zawieszeniu do dnia otrzymania uzupełnienia wniosku.

Art.53

W przypadku, gdy z inicjatywą dokonania wpisu do propozycji wykazów, o których mowa w art. 41 występuje Komisja Refundacyjna albo odbywa się to na wniosek ministra do spraw zdrowia, Komisja Refundacyjna może wystąpić do Agencji Oceny Technologii Medycznych o zorganizowanie przetargów publicznych na prowadzenie analiz, o których mowa w art. 43 ust.1 lub o przeprowadzenie oceny innych wykonawców tych analiz.

Art. 54

Komisja Refundacyjna przesyła ministrowi właściwemu do spraw zdrowia propozycje:

- 1) Wykazu refundowanych leków wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
 - 2) Wykazu refundowanych świadczeń zdrowotnych;
- niezwłocznie po ich sporządzeniu.

To samo odnosi się do propozycji zmian w tych wykazach.

Art. 55

1. Komisja Refundacyjna składa się z sześciu osób powoływanych przez Prezesa Rady Ministrów, przy czym:

- 1) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Krajowy Związek Towarzystw Ubezpieczenia Zdrowotnego
- 2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Komisję Zdrowia Sejmu RP ,
- 3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez samorząd lekarski
- 4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez samorząd aptekarski.

2. Kadencja członków Komisji Refundacyjnej trwa 5 lat.

3. Funkcja członka Komisji Refundacyjnej nie może być pełniona przez więcej niż 2 kadencje.

4. Komisja Refundacyjna działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu i zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Komisja Refundacyjna wybiera ze swego grona przewodniczącego, który zwołuje posiedzenia i im przewodniczy.

6. Członkowie Komisji Refundacyjnej nie mogą być jednocześnie:

- 1) pracownikami Towarzystw Ubezpieczenia Zdrowotnego,
- 2) świadczeniodawcami;
- 3) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami, ich pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami;
- 4) członkami organów lub pracownikami podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej;
- 5) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959);
- 6) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 7) właścicielami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 3 i 6.

7. Prezes Rady Ministrów odwołuje członka Komisji Refundacyjnej przed upływem kadencji, w przypadku:

- 1) rezygnacji ze stanowiska;
- 2) utraty zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek długotrwałej choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy, potwierdzonej orzeczeniem lekarskim;
- 3) nieusprawiedliwionej nieobecności na 3 kolejnych posiedzeniach Komisji Refundacyjnej,
- 4) prawomocnego skazania za przestępstwo popełnione umyślnie,
- 5) w przypadku zaistnienia okoliczności, o których mowa w ust. 6 .

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

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

10. Przepisu ust.9 nie stosuje się w przypadku, gdy do końca kadencji członka Rady Funduszu pozostało mniej niż 6 miesięcy, licząc od dnia odwołania albo jego śmierci.

11. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze zarządzenia, wynagrodzenie członków Komisji Refundacyjnej, uwzględniając zakres zadań Komisji.

Art. 56

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie propozycji Komisji Refundacyjnej, wymienionych w art. 54, określa w drodze odpowiednich rozporządzeń:

- 1) Wykaz refundowanych leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych ;
- 2) Wykaz refundowanych świadczeń zdrowotnych;

2. W wykazach wymienionych w ust. 1 nie mogą być umieszczone pozycje, których nie było w propozycjach odpowiednich wykazów, sporządzonych przez Komisję Refundacyjną.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo nie uwzględnić w wykazach, o których mowa w ust 1 pozycji zamieszczonych w propozycjach Komisji Refundacyjnej. Uzasadnienie odmowy jest podawane do wiadomości publicznej, w szczególności poprzez publikację na stronie internetowej ministerstwa właściwego do spraw zdrowia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo do zmiany kwalifikacji poszczególnego leku, wyrobu medycznego i środka pomocniczego oraz świadczenia zdrowotnego do określonej grupy refundacyjnej w stosunku do propozycji Komisji Refundacyjnej. Uzasadnienie zmiany jest podawane do publicznej wiadomości, w szczególności poprzez publikację na stronie internetowej ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 57

Od decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia, w sprawach, o których mowa w art. 56 zainteresowanemu podmiotowi przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Rozdział 5

Produkty ubezpieczenia zdrowotnego i ich wycena

Art. 58

1. Produktem ubezpieczenia zdrowotnego jest świadczenie zdrowotne lub odpowiednio zdefiniowany zespół świadczeń, z określeniem sposobu ich finansowania przez Fundusz Zdrowia, będący przedmiotem umowy między Funduszem a świadczeniodawcą. Produktem ubezpieczenia zdrowotnego może być w szczególności:

- 1) porada lekarska, pielęgniarska, inna - w miejscu udzielania świadczeń lub w domu chorego,
- 2) pojedyncze świadczenie diagnostyczne, rehabilitacyjne i inne,
- 2) określona procedura medyczna,
- 3) hospitalizacja wyrażona w osobodniach lub w inny sposób,
- 4) leczenie jednorodnych grup pacjentów,
- 5) objęcie określoną opieką danej populacji ubezpieczonych lub chorych,

- 6) koordynowana opieka zdrowotna,
- 7) świadczenie pielęgnacyjne,
- 8) transport sanitarny,
- 9) program zdrowotny,
- 10) ściśle określony zespół świadczeń.

2. Spis wszystkich produktów ubezpieczenia zdrowotnego ujęty jest w Katalogu produktów ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Zakres świadczeń zdrowotnych objętych Katalogiem produktów ubezpieczenia zdrowotnego nie może być mniejszy niż zakres świadczeń zawartych w Wykazie refundowanych świadczeń zdrowotnych.

Art. 59

1. Tworzy się Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego zwany dalej także „Instytutem”.
2. Siedzibą Instytutu jest Warszawa.
3. Instytut działa na podstawie ustawy i statutu.
4. Statut określa w szczególności szczegółową strukturę organizacyjną Instytutu i sposób jego funkcjonowania.
5. Statut nadaje Instytutowi minister właściwy do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia.

Art. 60

1. Instytut jest prowadzony w formie jednostki budżetowej, utworzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia .
2. Instytut prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w Prawie budżetowym, z zastrzeżeniem ust 3
3. Instytut pozostawia w swojej dyspozycji 70% środków budżetowych nie wykorzystanych w danym roku, pod warunkiem, że środki te będą przeznaczone na zakup środków trwałych, inwestycje lub sfinansowanie badań z zakresu standaryzacji i wyceny świadczeń zdrowotnych, zleconych przez Instytut.

Art. 61

Do zadań Instytutu należy:

- 1) opracowanie definicji produktów ubezpieczenia zdrowotnego i sporządzenie ich katalogu,
- 2) opracowanie metodologii standaryzacji kosztów świadczeń zdrowotnych i produktów ubezpieczenia zdrowotnego,
- 3) wyliczenie standaryzowanych kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i produktów, o których mowa w punkcie 1.
- 4) opracowanie metodologii przeliczania kwot refundacji świadczeń ujętych w Wykazie świadczeń refundowanych na kwoty refundacji produktów ubezpieczenia zdrowotnego,
- 5) określenie warunków, po spełnieniu których świadczeniodawca może udzielać świadczeń refundowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
- 6) prowadzenie działalności informacyjnej, edukacyjnej i badawczej w zakresie swoich kompetencji

Art. 62

1. Zadania wymienione w art. 61 pkt 1-5 Instytut wykonuje we współpracy z Krajowym Związkiem Funduszków Zdrowia, Komisją Refundacyjną i Agencją Oceny Technologii Medycznych. .
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze zarządzenia zasady współpracy o której mowa w ust. 1.

Art. 63

Instytut podaje do publicznej wiadomości, w szczególności poprzez zamieszczenie na swojej stronie internetowej:

- 1) metodologię obliczania standaryzowanych kosztów świadczeń zdrowotnych i produktów ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) sposób określenia warunków, po spełnieniu których świadczeniodawca może udzielać świadczeń refundowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.,
- 3) opracowane przez siebie: katalog produktów ubezpieczenia zdrowotnego, standaryzowane koszty świadczeń i produktów ubezpieczenia zdrowotnego. .

Art. 64

1. Działalnością Instytutu kieruje Prezes, który reprezentuje Instytut na zewnątrz.
2. Prezesa Instytutu powołuje, na 5 letnią kadencję, minister właściwy do spraw zdrowia, spośród kandydatów zgłoszonych przez Krajowy Związek Funduszków Zdrowia.
3. Prezes Instytutu może spełniać swoją funkcję najwyżej przez 2 kadencje.

Art. 65

Prezes i pracownicy Instytutu nie mogą być jednocześnie:

- 1) świadczeniodawcami,
- 2) właścicielami zakładu opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą,
- 3) pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami,
- 4) właścicielami, pracownikami oraz członkami organów Funduszu Zdrowia,
- 5) pracownikami Krajowego Związku Funduszków Zdrowia,
- 6) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego,
- 7) członkami organów zakładu ubezpieczeń, prowadzącego działalność na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Rozdział 6 **Refundacja świadczeń przysługujących w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego**

Art. 66

1. Refundacja świadczeń zdrowotnych, leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych przysługujących ubezpieczonym, jest dokonywana w ramach środków pozostających w dyspozycji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Kwoty refundacji za świadczenia zdrowotne wynikają z analizy ilości środków pozostających w dyspozycji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz dotychczasowego i szacowanego w przyszłości zapotrzebowania na poszczególne świadczenia, z uwzględnieniem faktu, że koszty części świadczeń są refundowane w całości.

3. Szacowana łączna kwota refundacji za świadczenia zdrowotne, wyroby medyczne i środki pomocnicze, w danym roku nie może przekroczyć kwoty, o której mowa w art.15.ust.5, po uwzględnieniu kwoty na wynagrodzenie dla Funduszu Zdrowia, o którym mowa w art. 101 ust.3.

Art.67

1. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, świadczenia zdrowotne, które przysługują ubezpieczonym po wniesieniu przez nich ryczałtowych opłat, o których mowa w art. 16. ust.3 pkt 2 oraz wysokość tych opłat. Opłaty te są przychodem odpowiednich świadczeniodawców.

2. Opłaty ryczałtowe mogą być wprowadzone za :

- 1) porady i inne świadczenia ambulatoryjne,
- 2) badania diagnostyczne, wykonywane ambulatoryjnie,
- 3) hospitalizację – w przeliczeniu na dobę hospitalizacji.

3. Wysokość opłat ryczałtowych nie może przekraczać:

- 1) w przypadku porad i innych świadczeń ambulatoryjnych – 2% minimalnego wynagrodzenia;
- 2) w przypadku badań diagnostycznych, ambulatoryjnych – 4% minimalnego wynagrodzenia;
- 3) w przypadku hospitalizacji - 2% minimalnego wynagrodzenia za jeden dzień hospitalizacji, jednak nie więcej niż za 20 dni w ciągu roku w odniesieniu do jednego ubezpieczonego.

4. Zasady zwolnień z opłat ryczałtowych lub pomocy finansowej na ten cel dla osób potrzebujących określają odrębne przepisy.

Art. 68

Kwoty refundacji ustala się corocznie, w terminie do 30 sierpnia roku poprzedzającego rok, w którym mają one obowiązywać.

Art. 69

1. Kwoty refundacji za świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 49 ust. 1 (specjalne) ustalane są w pierwszej kolejności. Kwoty te nie mogą być niższe niż standaryzowane koszty odpowiednich świadczeń, wyliczone przez Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego

2. Propozycję wartości kwot przedstawia minister właściwy do spraw zdrowia. Propozycja podlega uzgodnieniu z Krajowym Związkiem Funduszy Zdrowia i podmiotami reprezentującymi świadczeniodawców, o których mowa w ust. 3 - w trybie negocjacji, nie później niż do dnia 30 lipca roku poprzedzającego rok obowiązywania kwot.

3. W negocjacjach, o których mowa w ust. 2 biorą udział organizacje świadczeniodawców lub ich porozumienia, zrzeszające:

1) świadczeniodawców, u których liczba osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wynosi łącznie co najmniej 50 000 osób jeśli świadczeniodawcy ci reprezentują wyłącznie ambulatoryjną opiekę zdrowotną lub wyłącznie szpitalną opiekę zdrowotną,

2) świadczeniodawców, u których liczba osób zatrudnionych i osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wynosi łącznie co najmniej 100000 osób jeśli świadczeniodawcy ci reprezentują jednocześnie ambulatoryjną i szpitalną opiekę zdrowotną.

4. Propozycję uważa się za uzgodnioną, jeżeli przedstawiciele wszystkich stron biorących udział w negocjacjach wyrażą na nią zgodę.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określa w drodze rozporządzenia kwoty refundacji, o których mowa w ust.1. W przypadku braku uzgodnienia, o którym mowa w ust. 4 w przewidzianym terminie, za podstawę rozporządzenia przyjmuje się propozycję, o której mowa w ust. 2.

Art. 70

1. Kwoty refundacji za świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 49 ust. 2 (podstawowe) ustalane są w drugiej kolejności. Ich wysokość zależy od ilości środków pozostających w dyspozycji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i powinna być możliwie najbliższa standaryzowanym kosztom tych świadczeń, wyliczonym przez Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego.

2. Propozycję wartości kwot przedstawia minister właściwy do spraw zdrowia. Propozycja podlega uzgodnieniu z Krajowym Związkiem Funduszków Zdrowia w trybie negocjacji, nie później niż do dnia 30 lipca roku poprzedzającego rok obowiązywania kwot.

3. Propozycję uważa się za uzgodnioną, jeżeli przedstawiciele stron biorących udział w negocjacjach wyrażą na nią zgodę.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określa w drodze rozporządzenia kwoty refundacji, o których mowa w ust.1. W przypadku braku uzgodnienia, o którym mowa w ust. 3 w przewidzianym terminie, za podstawę rozporządzenia przyjmuje się propozycję, o której mowa w ust. 2.

5. Kwota refundacji za świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 49 ust 3 (alternatywne) jest równa:

1) kwocie refundacji za odpowiednie świadczenie podstawowe, w przypadku gdy jest ona niższa lub równa standaryzowanym kosztom świadczenia alternatywnego, wyliczonym przez Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego

2) standaryzowanym kosztem określonego świadczenia alternatywnego, wyliczonym przez Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego, w przypadku, gdy są one niższe lub równe kwocie refundacji za odpowiednie świadczenie podstawowe.

Art. 71

W przypadku, gdy definicja produktów ubezpieczenia zdrowotnego nie pokrywa się z definicją świadczeń zdrowotnych ujętych w Wykazie świadczeń refundowanych, ustalane są kwoty refundacji dla określonych produktów. Kwoty te są pochodnymi kwot refundacji ustalonych dla świadczeń ujętych w Wykazie świadczeń refundowanych. Metodologię przeliczania kwot refundacji świadczeń na kwoty refundacji produktów ubezpieczenia

zdrowotnego opracowuje Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego

Art. 72

1. Propozycję wartości kwot refundacji za poszczególne produkty ubezpieczenia zdrowotnego przedstawia minister właściwy do spraw zdrowia. Propozycja podlega uzgodnieniu z Krajowym Związkiem Funduszy Zdrowia w trybie negocjacji, nie później niż do dnia 30 lipca roku poprzedzającego rok obowiązywania kwot.

2. Propozycję uważa się za uzgodnioną, jeżeli przedstawiciele stron biorących udział w negocjacjach złożą pod nią własnoręczne podpisy.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określa w drodze rozporządzenia kwoty refundacji, o których mowa w ust. 1. W przypadku braku uzgodnienia, o którym mowa w ust. 2 w przewidzianym terminie, za podstawę rozporządzenia przyjmuje się propozycję, o której mowa w ust. 1

Art. 73

Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Krajowego Związku Funduszy Zdrowia, i podmiotów wymienionych w art. 69 ust. 3 określi, w drodze zarządzenia, regulamin negocjacji, o których mowa w art. 69 ust. 2, art. 70 ust. 2 i art. 72 ust. 1, uwzględniając konieczność równego traktowania stron tych negocjacji.

Art. 74

Przy ustalaniu grup refundacyjnych leków i limitów, o których mowa w art. 46, minister właściwy do spraw zdrowia kieruje się zasadą, że wydatki na leki ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w danym roku nie powinny przekraczać, w ujęciu procentowym, wydatków na leki w roku poprzednim. Niezachowanie tej zasady jest możliwe w wyjątkowych przypadkach. Uzasadnienie takiej decyzji jest podawane do publicznej wiadomości, szczególnie poprzez jej zamieszczenie na stronie internetowej ministerstwa właściwego do spraw zdrowia.

Art. 75

Fundusze Zdrowia nie mogą stosować kwot refundacji za świadczenia zdrowotne, produkty ubezpieczenia zdrowotnego, leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze, w wysokości niższej niż jest to ustalone w odpowiednich rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 76

1. Opłaty wymienione w art. 16 ust. 3, a także wszelkie inne koszty ponoszone przez ubezpieczonego w związku z korzystaniem ze świadczeń finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego mogą być przedmiotem dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Dodatkowe, dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne funkcjonuje na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Rozdział 7

Zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych

Art. 77

1. Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarte między Funduszami Zdrowia a świadczeniodawcami..
2. Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych jest zawierana ze świadczeniodawcą, który spełnia warunki, o których mowa w art. 61 pkt 5.
3. Świadczenia zdrowotne nie określone w umowie, finansowane przez Fundusz Zdrowia, udzielane są na rzecz osób ubezpieczonych wyłącznie w stanach nagłych, na zasadach określonych w ustawie.

Art. 78

1. Fundusz Zdrowia jest zobowiązany podpisać umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z każdym świadczeniodawcą, który wyraża taką wolę i spełnia warunki o których mowa w art. 61 pkt 5 – w zakresie w jakim te warunki są spełnione przez świadczeniodawcę.
2. Fundusz Zdrowia ma prawo do kontroli, czy świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego spełnia warunki o których mowa w art. 61 pkt 5.
3. Kryteria oraz warunki kontroli, o której mowa w ust.2, są określone przez Prezesa Krajowego Związku Funduszy Zdrowia i są podawane do publicznej wiadomości, w szczególności poprzez umieszczenie na stronie internetowej Krajowego Związku.
4. Wszelkie informacje i dokumenty związane z postępowaniem, o którym mowa w ust. 2 są udostępniane ocenianemu świadczeniodawcy.
5. Wynik kontroli, o której mowa w ust 2, przeprowadzonej przez jeden Fundusz Zdrowia, obowiązuje wszystkie Fundusze.
6. Świadczeniodawcy przysługuje odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania, o którym mowa w ust. 2 do ministra właściwego do spraw zdrowia, w ciągu 7 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.
7. Świadczeniodawcy, którego odwołanie nie zostało uwzględnione, przysługuje skarga do Sądu Administracyjnego, właściwego miejscowo dla siedziby Krajowego Związku Funduszy Zdrowia.

Art. 79

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych określa w szczególności:

- 1) produkt ubezpieczenia zdrowotnego, to jest rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, wraz ze sposobem ich finansowania przez Fundusz Zdrowia;
- 2) warunki udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 3) zasady rozliczeń między Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą;
- 4) zasady rozpatrywania kwestii spornych;
- 5) zasady kontroli świadczeniodawców przez Fundusz w zakresie wykonywania warunków umowy;
- 6) zasady udzielania i wielkość kar umownych.

Art. 80

Fundusz Zdrowia ma prawo stosować dowolne produkty ubezpieczenia zdrowotnego, z katalogu, o którym mowa w art. 61 pkt 1, pod warunkiem, że zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz nie jest mniejszy niż zakres świadczeń ujętych w Wykazie Świadczeń Refundowanych, a kwoty refundacji zostały ustalone zgodnie z art. 75.

Art. 81

Krajowy Związek Funduszy Zdrowia ustala ogólne warunki umów, o których mowa w art. 77, dotyczące zasad rozpatrywania kwestii spornych, kontroli świadczeniodawców przez Fundusz, kar umownych. Warunki te obowiązują wszystkie Fundusze i wszystkich świadczeniodawców zawierających umowy.

Art. 82

Wymogi kwalifikacyjne personelu medycznego, wymogi wyposażeniowe i standardy postępowania medycznego w odniesieniu do świadczeń będących przedmiotem umów, o których mowa w art. 77 wynikają z ustaleń Agencji Oceny Technologii Medycznych, o których mowa w art.31 pkt 2.

Art. 83

1. Treść umów, o których mowa w art. 77 jest jawna. Jawność umów realizuje się w szczególności poprzez publikację na stronie internetowej Funduszu:

- 1) definicji produktów ubezpieczenia zdrowotnego, będących przedmiotem umowy między Funduszem a świadczeniodawcami,
- 2) kwot refundacji za poszczególne produkty,
- 3) warunków udzielania świadczeń ubezpieczonym przez świadczeniodawców,
- 4) spisu świadczeniodawców, którzy podpisali umowy z danym Funduszem

Art. 84

1. Do umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej.

2. Umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

Rozdział 8

Zasady udzielania refundowanych świadczeń zdrowotnych

Art. 85

1. Świadczeniodawca, który podpisał z Funduszem Zdrowia umowę, o której mowa w art. 77 udziela ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych na zasadach przewidzianych w tej umowie.

2. Świadczeniodawca udziela ubezpieczonym świadczeń z Koszyka Świadczeń Refundowanych:

- 1) bezpłatnie;
- 2) za dopłatą ryczałtową, o której mowa w art. 16. ust.3 pkt 2
- 3) za dopłatą stanowiącą różnicę między kwotą refundacji ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego a ceną za świadczenie, ustaloną przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem art. 49 ust. 1.; dopłata ta stanowi przychód świadczeniodawcy.

3. Dopłaty o których mowa w ust.2 pkt 2 i 3 mogą występować łącznie.

Art. 86

Świadczeniodawcy mają obowiązek podawania do publicznej wiadomości oraz do wiadomości Krajowego Związku Funduszy Zdrowia wysokości dopłat, jakie obowiązują za poszczególne świadczenia, udzielane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 87

1. Ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowę, o której mowa w art. 77 z Funduszem Zdrowia wybranym przez ubezpieczonego.

2. Za zgodą ubezpieczonego, Fundusz Zdrowia może ograniczyć prawo, o którym mowa w ust. 1, w szczególności poprzez finansowanie świadczeń w postaci koordynowanej opieki zdrowotnej lub poprzez zawarcie umowy, o której mowa w art. 77 z zespołami współpracujących świadczeniodawców.

Art. 88

1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego podlegają kontroli przez właściwy Fundusz Zdrowia w zakresie zgodności ich postępowania z warunkami umowy o której mowa w art. 79.

2. W razie stwierdzenia naruszenia przez świadczeniodawców warunków umowy, właściwy Fundusz Zdrowia może ukarać świadczeniodawcę zgodnie z zasadami określonymi przez Krajowy Związek Funduszy Zdrowia .

3. Szczegółowe zasady przeprowadzania kontroli określi Prezes Krajowego Związku Funduszy Zdrowia.

Art. 89

Świadczeniodawcy, spełniający warunki, o których mowa w art. 61 pkt 5, oraz organizacje tych świadczeniodawców mogą tworzyć doraźne porozumienia dla udziału w negocjacjach, o których mowa w art. 69 ust. 2

Rozdział 9

Zasady zaopatrzenia w leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze

Art. 90

1. Zaopatrzenie w leki przysługuje ubezpieczonym na podstawie recepty wystawionej przez:

- 1) lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem Zdrowia umowę upoważniającą go do wystawiania takich recept;

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

Art. 91

1. Zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze przysługuje ubezpieczonym na podstawie recepty lub wniosku wystawionego przez:

- 1) lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) lekarza nie będącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli posiada on uprawnienia do wykonywania zawodu oraz zawarł z Funduszem Zdrowia umowę, o której mowa w art. 90 ust. 1 pkt 2.

2. Przepisy ust. 1 stosuje się odpowiednio do felczera ubezpieczenia zdrowotnego i felczera – w zakresie określonym w rozporządzeniu o którym mowa w art. 92

Art. 92

Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia

- 1) wykaz wyrobów medycznych i środków pomocniczych przysługujących na podstawie recepty,
- 2) wykaz wyrobów medycznych i środków pomocniczych przysługujących na podstawie wniosku oraz wzór, sposób wystawiania i realizacji wniosku.

Art. 93

Zaopatrzenie w leki, wyroby medyczne i środki pomocnicze powinno pozostawać w ścisłym związku z:

- 1) daną jednostką chorobową;
- 2) standardami postępowania medycznego;
- 3) dokumentacją medyczną ubezpieczonego.

Art. 94

1. Leki gotowe i leki recepturowe są wydawane ubezpieczonym na podstawie recepty w aptekach ogólnodostępnych lub aptekach zakładowych. Ubezpieczony ma prawo realizacji recepty w dowolnej aptece, niezależnie od Funduszu Zdrowia, w którym jest ubezpieczony.

2. Leki są wydawane ubezpieczonym – bezpłatnie lub po wniesieniu opłaty wynikającej z przynależności leku do grup refundacyjnych, o których mowa w art. 44 ust.2 .

3. Ubezpieczonemu przysługuje prawo wyboru leku, spośród leków o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, objętych tym samym limitem refundacji.

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

5. Za zgodą ubezpieczonego, Fundusz Zdrowia może ograniczyć prawo, o którym mowa w ust. 3, w szczególności poprzez wskazanie określonego leku, spośród leków objętych tym samym limitem, lub spośród leków o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej i o tym samym wskazaniu terapeutycznym.

6. W sytuacji, o której mowa w ust. 5 Fundusz Zdrowia może ograniczyć prawo ubezpieczonych do korzystania z aptek, do tych aptek, które podpiszą odpowiednie umowy z Funduszem.

Art. 95

1. Leki nie wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i sprowadzane z zagranicy na warunkach i w trybie określonych w art. 4 ustawy – Prawo farmaceutyczne mogą być wydawane po wniesieniu opłaty ryczałtowej, ustalonej przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia, pod

warunkiem, że konieczność ich sprowadzenia z zagranicy oraz refundacji potwierdzona została przez Prezesa właściwego Funduszu Zdrowia.

2. Wysokość opłaty ryczałtowej, za jedno opakowanie leku, nie może przekraczać 0,5% minimalnego wynagrodzenia

Art. 96

1. Dokumentacja medyczna dotycząca wystawianych recept i wniosków o których mowa w art. 90 i art. 91 prowadzona przez świadczeniodawców podlega kontroli przez właściwy Fundusz Zdrowia w zakresie zasadności ich wystawiania.

2. W razie stwierdzenia naruszenia zasad wystawiania recept lub wniosków, właściwy Fundusz Zdrowia może ukarać świadczeniodawcę lub osobę odpowiedzialną zgodnie z zasadami określonymi w umowie, o której mowa w art. 79 lub umowie, o której mowa w art. 90 ust. 1 pkt 2.

Art. 97

1. Apteki wydające leki objęte refundacją ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego podlegają kontroli przez właściwy Fundusz Zdrowia w zakresie zgodności ich postępowania z zasadami zaopatrzenia w leki, zawartymi w niniejszej ustawie lub z umową o której mowa w art. 94 ust. 6

2. W razie stwierdzenia naruszenia przez aptekę warunków umowy, właściwy Fundusz Zdrowia może ukarać świadczeniodawcę zgodnie z zasadami określonymi przez Krajowy Związek Funduszy Zdrowia .

3. W razie stwierdzenia naruszenia przez aptekę zasad zaopatrzenia w leki, zawartych w ustawie, Fundusz zawiadamia wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego lub wnioskuje do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki.

4. Szczegółowe zasady przeprowadzania kontroli określi Prezes Krajowego Związku Funduszy Zdrowia.

Rozdział 10 **Fundusze Zdrowia**

Art. 98

1. Działalność w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wykonują publiczne lub niepubliczne Fundusze Zdrowia.

2. Publiczne Fundusze Zdrowia powstają z podziału Narodowego Funduszu Zdrowia, powołanego zgodnie z przepisami ustawy o której mowa w art. 153 .

3. Tworzenie, organizację, funkcjonowanie, rozwiązywanie, łączenie Funduszy Zdrowia regulują odrębne przepisy z uwzględnieniem przepisów niniejszego rozdziału.

4. Publiczne i niepubliczne Fundusze Zdrowia mają takie same prawa i obowiązki w zakresie wykonywania zadań z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych.

Art. 99

Funkcję właściciela Funduszu Zdrowia w przypadku publicznych Funduszków spełnia Skarb Państwa.

Art. 100

Fundusze, w celu zabezpieczenia świadczeń przysługujących ubezpieczonym, zarządzają środkami finansowymi przekazywanymi na podstawie ustawy oraz zawierają umowy ze świadczeniodawcami.

2. Fundusze finansują świadczenia zdrowotne oraz zapewniają refundację leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych – na zasadach zawartych w ustawie.

3. Fundusz Zdrowia jest zobowiązany realizować powszechne ubezpieczenie zdrowotne na rzecz każdej osoby, która złoży oświadczenie o którym mowa w art. 8 ust. 2.

Art. 101

1. Wszystkie środki pochodzące ze składek ubezpieczonych oraz z dochodów uzyskiwanych ze składek, Fundusze Zdrowia przeznaczają na finansowanie świadczeń przysługujących ubezpieczonym, z uwzględnieniem ust. 3.

2. Nadwyżka przychodów, uzyskiwanych ze źródeł, wymienionych w ust. 1 nad kosztami finansowania świadczeń przysługujących ubezpieczonym, może być przeznaczona przez Fundusz Zdrowia wyłącznie na rzecz ubezpieczonych, w szczególności poprzez zwiększenie kwot refundacji za poszczególne świadczenia, poprawę standardu świadczeń lub finansowanie dodatkowych świadczeń, nie objętych Koszykiem świadczeń refundowanych.

3. Za zarządzanie środkami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, Fundusz Zdrowia otrzymuje wynagrodzenie, które jest równe iloczynowi ilości ubezpieczonych, którzy wybrali dany Fundusz oraz kwoty równej X % wartości bazowej bonu zdrowotnego, o której mowa w art. 15 ust.2

4. Ze środków, o których mowa w ust.3 Fundusz Zdrowia finansuje wydatki administracyjne i związane kontrolą i nadzorem świadczeniodawców oraz składkę na Krajowy Związek Funduszków Zdrowia.

Art. 102

Fundusze Zdrowia mogą prowadzić działalność w zakresie dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 76.

Art. 103

Fundusze nie prowadzą zakładów opieki zdrowotnej, nie mogą być ich właścicielami ani nie mogą posiadać w jakiegokolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej lub apteki, w szczególności nie mogą być akcjonariuszem lub udziałowcem spółek prowadzących zakłady opieki zdrowotnej, akcjonariuszem lub udziałowcem spółek prowadzących obrót lekami.

Art. 104

Fundusz założycielski Funduszu Zdrowia wynosi co najmniej 10.000.000 zł.

Art. 105

1. Fundusz Zdrowia jest zobowiązany utworzyć na wyodrębnionym rachunku bankowym fundusz gwarancyjny w wysokości stanowiącej iloczyn kwoty 100 zł oraz ogólnej liczby ubezpieczonych, nie niższej jednak niż 100.000 ubezpieczonych, którzy złożyli oświadczenie o wyborze określonego Funduszu. Fundusz gwarancyjny przeznaczony jest wyłącznie na pokrycie zobowiązań Funduszu Zdrowia po jego likwidacji lub upadłości.
2. Fundusz gwarancyjny o którym mowa w ust.1 tworzony jest z wpłat właścicieli i księgowany jest w dokumentacji pozabilansowej. W przypadku Funduszu
3. Fundusz gwarancyjny, o którym mowa w ust. 1 ulega zwiększeniu lub zmniejszeniu na koniec każdego kwartału stosownie do aktualnej liczby ubezpieczonych w Towarzystwie Ubezpieczenia Zdrowotnego .

Art. 106

1. Fundusz Zdrowia jest zobowiązany utworzyć fundusz rezerwowy z odpisów wliczonych w ciężar kosztów w wysokości 1% przychodów.
2. Fundusz rezerwowy tworzy się do wysokości 4% rocznych przychodów.
3. Fundusz rezerwowy służy na pokrycie wydatków związanych z okresowymi zmianami w kosztach świadczeń zdrowotnych.

Art. 107

Właścicielom Funduszu nie wolno pobierać odsetek od wniesionych wkładów, jak również od przysługujących im udziałów.

Rozdział 11 **Krajowy Związek Funduszy Zdrowia**

Art. 108

Fundusze Zdrowia tworzą Krajowy Związek Funduszy Zdrowia.

Art. 109

1. Krajowy Związek Funduszy Zdrowia, zwany dalej „Związkiem”, jest organizacją samorządu Funduszy Zdrowia.
2. Związek reprezentuje swoich członków, działając na rzecz rozwiązywania problemów ubezpieczeń zdrowotnych w RP.
3. Związek posiada osobowość prawną , którą uzyskuje z dniem wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego.

Art. 110

1. Członkostwo Funduszu Zdrowia w Krajowym Związku Funduszy Zdrowia jest obowiązkowe i powstaje z chwilą podjęcia przez Fundusz działalności w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Członkostwo w Związku ustaje z chwilą podjęcia przez Fundusz Zdrowia uchwały o likwidacji lub z chwilą gdy decyzja o likwidacji przymusowej stała się prawomocna.

Art. 111

1. Organami Związku są:

- 1) Walne Zgromadzenie Krajowego Związku Funduszy Zdrowia, zwane dalej „Walnym Zgromadzeniem Związku”,
- 2) Zarząd Związku, składający się z Prezesa oraz dwóch członków Zarządu Związku,
- 3) Komisji Rewizyjnej Związku.

2. Wybory do organów Związku są powszechne i odbywają się w głosowaniu tajnym.

3. Kadencja organów Związku, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3 wynosi 4 lata.

Art. 112

1. Statut Związku i jego zmiany są uchwalane przez Walne Zgromadzenie Związku bezwzględną większością głosów przy obecności co najmniej połowy uprawnionych do głosowania.

2. Statut Związku określa w szczególności:

- 1) nazwę Związku i jego siedzibę,
- 2) zadania Związku i formy ich realizacji,
- 3) zakres uprawnień organów Związku oraz tryb ich wyboru,
- 4) prawa i obowiązki członków Związku,
- 5) zasady gospodarki Związku oraz zasady wykonywania działalności gospodarczej,
- 6) strukturę organizacyjną Związku.

Art. 113

1. Podstawowymi zadaniami Związku jest reprezentowanie i podejmowanie działań w celu ochrony wspólnych interesów członków Związku, współdziałanie w zapobieganiu zagrożeniom ubezpieczeń zdrowotnych, kształtowanie, upowszechnianie i czuwanie nad przestrzeganiem zasad uczciwej konkurencji i zasad etyki w działalności w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych.

2. Do zadań Związku należą w szczególności:

- 1) reprezentowanie członków Związku wobec organów władzy publicznej oraz podejmowanie działań w celu ochrony ich interesów;
- 2) wyrażanie opinii o projektach aktów prawnych zawierających regulacje dotyczące ubezpieczeń zdrowotnych, lub z nimi związanych i współdziałaniu przy ich opracowywaniu oraz w innych sprawach przewidzianych ustawą;
- 3) reprezentowanie członków Związku w międzynarodowych organizacjach ubezpieczeniowych;
- 4) udział w negocjacjach o których mowa w art. 69 ust. 2, art. 70 ust. 2 i art. 72 ust. 1.
- 5) ustalenie ogólnych warunków umów, o których mowa w art. 77, oraz innych dokumentów związanych z realizacją ubezpieczeń zdrowotnych;
- 6) określenie zasad kontroli świadczeniodawców i aptek przez Fundusze Zdrowia w zakresie przewidzianym przez ustawę;
- 7) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;

- 8) prowadzenie ewidencji świadczeniodawców;
- 9) współdziałanie z organizacjami, stowarzyszeniami i instytucjami krajowymi i zagranicznymi w zakresie realizacji ubezpieczeń zdrowotnych, a w szczególności z korporacjami zawodowymi środowisk medycznych,
- 10) inicjowanie i wykonywanie działalności edukacyjnej i informacyjnej w dziedzinie ubezpieczeń zdrowotnych oraz współpraca w zakresie szkolenia i doskonalenia zawodowego kadr ubezpieczeniowych,
- 11) pozyskiwanie, gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie informacji o funkcjonowaniu ubezpieczenia zdrowotnego w kraju i za granicą oraz opracowywanie na tej podstawie i udostępnianie dla potrzeb działalności w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych analiz i prognoz oraz wydawanie biuletynu Związku
- 12) tworzenie i wykonywanie informatycznych baz danych w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych,
- 13) stwarzanie możliwości polubownego i pojednawczego rozstrzygnięcia sporów między członkami Związku,
- 14) delegowanie arbitrów do polubownego rozstrzygnięcia sporów między Funduszami Zdrowia a świadczeniodawcami.

3. Ustalenie zakresu pozyskiwanych informacji i danych od Funduszy Zdrowia, wymaga uchwały Walnego Zgromadzenia Związku.

Art. 114

1. Związek może wykonywać działalność gospodarczą w ramach przedsiębiorcy powołanego przez Walne Zgromadzenie Związku
2. Dochód z działalności gospodarczej, prowadzonej przez Związek służy wyłącznie realizacji jego celów statutowych i nie może być przeznaczony do podziału między członków Związku.

Art. 115

1. Majątek Związku powstaje ze składek członkowskich, dotacji, darowizn, spadków, zapisów, dochodów z majątku Związku oraz dochodów z działalności gospodarczej, o której mowa w art. 114.
2. Wysokość składki członkowskiej stanowi iloczyn, określonej w statucie, kwoty przypadającej na jednego ubezpieczonego oraz ogólnej liczby ubezpieczonych, którzy zawarli umowę w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z danym Funduszem.
3. Sposób opłacania i egzekwowania składki oraz ustalania wysokości odsetek za nieterminowe jej opłacanie określi statut Związku.

Rozdział 12

Nadzór nad funkcjonowaniem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 116

1. Nadzór nad działalnością Funduszy Zdrowia, Krajowego Związku Funduszy Zdrowia, Instytutu Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego, Komisji Refundacyjnej, Agencji Oceny Technologii Medycznych, sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje również nadzór nad działalnością aptek oraz świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Funduszami Zdrowia.

3. Na zasadach przewidzianych w ustawie i przepisach szczególnych nadzór w zakresie gospodarki finansowej Funduszy Zdrowia i Krajowego Związku Funduszy Zdrowia sprawuje minister właściwy do spraw finansów publicznych, stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

Art. 117

1. Minister właściwy do spraw zdrowia bada uchwały i decyzje podejmowane przez organy podmiotów, o których mowa w art. 116 ust. 1 i stwierdza nieważność uchwał i decyzji, gdy:

- 1) naruszają one prawo;
- 2) prowadzą do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.

2. Uchwały i decyzje, o których mowa w ust. 1, przekazywane są ministrowi do spraw zdrowia w terminie 7 dni od daty ich podjęcia lub wydania.

Art. 118

1. W ramach nadzoru minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony, w szczególności do:

- 1) żądania przedstawienia przez Fundusz Zdrowia, Krajowy Związek Funduszy Zdrowia, Instytut Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień związanych z ich działalnością;
- 2) żądania przedstawienia przez świadczeniodawcę lub aptekę wszelkich informacji, dokumentów i wyjaśnień dotyczących realizacji świadczeń, finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. W razie stwierdzenia przypadków naruszenia prawa lub uprawnionego interesu ubezpieczonych, minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia podmioty wskazane w ust. 1 o stwierdzonych nieprawidłowościach oraz wydaje zalecenie mające na celu usunięcie, w wyznaczonym terminie, stwierdzonych nieprawidłowości.

3. W przypadku, gdy został złożony wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, termin do usunięcia nieprawidłowości, o których mowa w ust. 2, liczy się od dnia doręczenia decyzji po rozpatrzeniu wniosku.

4. W terminie 14 dni od dnia upływu terminu do usunięcia nieprawidłowości, podmiot, o którym mowa w ust. 1, informuje pisemnie ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie usunięcia nieprawidłowości.

Art. 119

W przypadku nieusunięcia nieprawidłowości, o których mowa w art. 126 ust. 2, naruszenia prawa lub uprawnionego interesu ubezpieczonego, minister właściwy do spraw zdrowia może nałożyć na Prezesów: Funduszy Zdrowia, Krajowego Związku Funduszy Zdrowia, Instytutu Standaryzacji i Wyceny Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby.

Art. 120

W przypadku nieusunięcia, przez świadczeniodawcę lub aptekę, nieprawidłowości, o których mowa w art. 118 ust. 2, naruszenia prawa lub uprawnionego interesu ubezpieczonego, minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do właściwego Funduszu Zdrowia o

rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą lub wystąpić do wojewódzkiego inspektora sanitarnego o cofnięcie zezwolenia na prowadzenie apteki.

Art. 121

Uprawnienia ministra właściwego do spraw zdrowia określone w art. 118 przysługują odpowiednio ministrowi do spraw finansów, w zakresie nadzoru nad gospodarką finansową Towarzystw Ubezpieczenia Zdrowotnego i Krajowego Związku Towarzystw Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Rozdział 13

Postępowanie w indywidualnych sprawach z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

Art. 122

1. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje indywidualne sprawy z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

2. Do indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego zalicza się w szczególności sprawy dotyczące:

- 1) objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym;
- 2) ustalenia prawa do świadczeń;
- 3) odmowy finansowania świadczeń zdrowotnych w przypadkach wskazanych w ustawie.

3. Wniosek o rozpatrzenie sprawy, o której mowa w ust. 2, składa ubezpieczony.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje sprawy, o których mowa w ust. 2, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia wniesienia wniosku i wydaje decyzje.

Art. 123

Od decyzji Ministra właściwego do spraw zdrowia w indywidualnych sprawach z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego przysługuje odwołanie do właściwego sądu administracyjnego w terminach i na zasadach określonych w przepisach Kodeksu postępowania administracyjnego.

Rozdział 14

Przetwarzanie i ochrona danych

Art. 124

1. Fundusze Zdrowia i Krajowy Związek Funduszy Zdrowia są uprawnione do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu:

- 1) stwierdzenia istnienia prawa do objęcia powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. ;
- 2) wystawienia dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 3) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyny udzielanych świadczeń;
- 4) rozliczenia ze świadczeniodawcami;
- 5) rozliczenia z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ich zobowiązań wobec Funduszy;
- 6) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych;

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

2. Fundusze Zdrowia i Krajowy Związek Funduszy Zdrowia są uprawnione do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji:

- 1) potwierdzenia uprawnień do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych;
- 2) rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) rozliczania z innymi instytucjami lub osobami w zakresie ponoszonych kosztów świadczeń zdrowotnych;
- 4) kontroli rodzaju, zakresu i przyczyn udzielanych świadczeń;
- 5) kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania świadczeń zdrowotnych.

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

- 1) osób ubezpieczonych, w celu, o którym mowa w ust. 1;
- 2) osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, w celu określonym w ust. 2, pkt 1-i 3.

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

- 1) nazwisko i imię (imiona);
- 2) nazwisko rodowe;
- 3) data urodzenia;
- 4) płeć;
- 5) obywatelstwo;
- 6) stan cywilny;
- 7) numer PESEL;
- 8) numer NIP – w przypadku osób, którym nadano ten numer;
- 9) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość – w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP;
- 10) adres zamieszkania;
- 11) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania;
- 12) numer ubezpieczenia;
- 13) stopień niepełnosprawności;
- 14) przyczyn i rodzajów udzielonych świadczeń zdrowotnych;
- 15) nazwa instytucji właściwej osobie uprawnionej do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji;
- 16) dane dotyczące lekarza lub felczera wystawiającego receptę na refundowane leki i wyroby medyczne;
- 17) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza lub felczera;
- 18) dane dotyczące apteki realizującej receptę na refundowane leki i wyroby medyczne.

5. Świadczeniodawcy działający w ramach umów z Funduszami Zdrowia są zobowiązani do gromadzenia i przekazywania tym Funduszom danych dotyczących udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Art. 125

1. Apteki są obowiązane udostępniać do kontroli na żądanie podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń zdrowotnych do wglądu recepty i przekazywać niezbędne dane, których zakres określi minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Krajowego Związku Funduszków Zdrowia i Naczelnej Rady Aptekarskiej.
2. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, są obowiązani do gromadzenia i przekazywania Funduszom Zdrowia danych, których zakres określi minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Krajowego Związku Funduszków Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, tryb udostępniania podmiotowi, o którym mowa w ust. 1, do kontroli recept realizowanych przez ubezpieczonych i związanych z tym informacji, uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

Art. 126

1. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych oraz minister właściwy do spraw zdrowia są uprawnieni do uzyskiwania informacji, gromadzenia i przetwarzania danych dotyczących powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, niezbędnych do realizacji zadań wynikających z ustawy.
2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i KRUS mają prawo do odpłatnego uzyskania od Funduszków Zdrowia i Krajowego Związku Funduszków Zdrowia oraz do przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu realizacji zadań ustawowych, w tym w szczególności ustalenia prawa do zasiłków chorobowych i pielęgnacyjnych oraz rent.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowego Związku Funduszków Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i KRUS, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaj i tryb udostępniania informacji, o którym mowa w ust. 2 oraz zasady odpłatności.

Rozdział 15 **Przepisy karne**

Art. 127

Kto:

- 1) nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na realizację prawa do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia;
- 2) narusza przepisy ustawy lub uprawniony interes ubezpieczonych;
- 3) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego;

- 4) będąc do tego zobowiązany, nie podaje do publicznej wiadomości oraz do wiadomości Krajowego Związku Funduszy Zdrowia wysokości dopłat, jakie obowiązują za poszczególne świadczenia, udzielane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub podaje nieprawdziwe informacje;
 - 5) pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszami Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
 - 6) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 7) podaje we wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusze Zdrowia nieprawdziwe informacje i dane
- podlega karze grzywny.

Art. 128

Odpowiedzialności przewidzianej w art. 127 podlega także ten, kto dopuszcza się czynów określonych w tych przepisach, działając w imieniu osoby prawnej albo jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej.

Art. 129

Orzekanie w sprawach, o których mowa w art.128, następuje w trybie przepisów Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

Rozdział 16 **Zmiany w przepisach obowiązujących**

Art. 130

W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.) – wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 23 w ust. 1 - uchyla się pkt 58;
- 2) uchyla się art. 27b;
- 3) w art. 32 - uchyla się ust. 3b;
- 4) w art. 33 - uchyla się ust. 3a;
- 5) w art. 34 - uchyla się ust. 4a;
- 6) w art. 34 w ust. 9 - uchyla się pkt.6;
- 6) w art. 35 - uchyla się ust. 9;
- 7) w art. 37 w ust. 1a - uchyla się pkt 4;
- 8) w art. 41 - uchyla się ust. 1a;
- 9) w art. 43 - uchyla się ust. 4;
- 10) w art. 44 - uchyla się ust. 3c oraz ust. 6i.

Art. 131

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.) w art. 45 – uchyla się ust. 1a.

Art.132

W ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.) w art. 76 w ust. 1 uchyla się - pkt 2 a.

Art. 133

W ustawie z dnia 20 listopada 1998 r. o zryczałtowanym podatku dochodowym od niektórych przychodów osiąganych przez osoby fizyczne (Dz. U. Nr 144, poz. 930, z późn. zm.⁽¹⁶⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 13 - uchyla się ust. 1;
- 2) w art. 21 w ust. 2a - uchyla się pkt 2;
- 3) uchyla się art. 31;
- 4) uchyla się art. 44;
- 4) w art. 47 skreśla się wyrazy „*pomniejszony o zapłaconą w kwartale składkę na ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135)*”;
- 5) w art. 52 w ust. 3 - uchyla się pkt 4;
- 6) w art. 21 w ust. 11 w pkt 4 skreśla się wyrazy: „*i ubezpieczenie zdrowotne, o którym mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135)*” .

Art.134

W ustawie z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148, z późn. zm.) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 80 – uchyla się ust. 2b;
- 2) uchyla się art. 137 a.

Art. 135

W ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.) w art. 121 ust. 2 wyrazy „*na podstawie art. 16 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135)*” – zastępuje się wyrazami „*na podstawie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*” .

Art. 136

W ustawie z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach (Dz. U. Nr 97, poz. 1050, z 2002 r. Nr 144, poz. 1204, z 2003 r. Nr 137, poz. 1302 oraz z 2004 r. Nr 96, poz. 959) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 5 w ust 2 wyrazy „*Narodowym Funduszem Zdrowia*” zastępuje się wyrazami „*Funduszami Zdrowia*”;
- 2) w art. 5 w ust 3 wyrazy „*Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia*” zastępuje się wyrazami „*Prezesa Krajowego Związku Funduszy Zdrowia*”;
- 3) w art. 5 w ust.4 w pkt 1 i 2 wyrazy „*Narodowego Funduszu Zdrowia*” zastępuje się wyrazami „*Funduszy Zdrowia*”;
- 4) w art. 7, w ust. 2 wyrazy „*trzej przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia*”, zastępuje się wyrazami „*trzej przedstawiciele Krajowego Związku Funduszy Zdrowia*”,

Art. 137

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

- 1) w art. 4 w ust. 7 w pkt 2 lit. c wyrazy : „*Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia*” zastępuje się wyrazami „*Prezesa Funduszu Zdrowia*” a wyrazy „*w art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135),*” – zastępuje się wyrazami „*w art. 95 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*”

2) w art. 42 ust. 1 pkt 1a, podpunkt b. słowa: „*Narodowym Funduszem Zdrowia*” zastępuje się słowami „*Funduszem Zdrowia*”

Art.138

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

1) artykuł 35b otrzymuje brzmienie:

„*art. 35b*

1.Publiczny zakład opieki zdrowotnej, utworzony przez organ określony w art. 8 ust. 1 pkt 1-3a, prowadzony jest w formie spółki kapitałowej działającej w oparciu o przepisy Kodeksu spółek handlowych.

2.Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw skarbu państwa określa w drodze rozporządzenia:

a) szczegółowe zasady przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki, o których mowa w ust.1;

b) szczegółowe zasady zbycia udziałów (akcji) lub podwyższenia kapitału zakładowego spółek;

c) szczególne zasady funkcjonowania spółek, odrębne od zasad zawartych w przepisach Kodeksu spółek handlowych,

kierując się potrzebą zapewnienia ciągłości świadczeń udzielanych przez publiczne zakłady”.

2) uchyla się artykuły od 35c do 62.

Rozdział 17

Przepisy przejściowe i końcowe

Art. 139

Ilekcroć w obowiązujących przepisach jest mowa o:

1) ustawie:

a) o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,

b) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

- rozumie się przez to niniejszą ustawę;

2) przepisach:

a) o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia,

b) o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

- rozumie się przez to niniejszą ustawę oraz przepisy wydane na jej podstawie.

Art. 140

Niniejsza ustawa nie narusza przepisów o świadczeniach zdrowotnych udzielanych bezpłatnie przez zakłady opieki zdrowotnej bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.

Art.141

Przepisy wykonawcze wydane na podstawie ustawy o której mowa w art. 153 zachowują moc do czasu wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie niniejszej ustawy w zakresie, w jakim nie pozostają z nią w sprzeczności, nie dłużej niż przez okres 1 roku od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy. .

Art. 142

1. Do czasu wejścia w życie przepisów, o których mowa w art. 98 ust. 3 funkcję Funduszków Zdrowia w rozumieniu niniejszej ustawy spełniają publiczne Fundusze Zdrowia, powstałe z podziału Narodowego Funduszu Zdrowia, działającego na podstawie ustawy, o której mowa w art. 153.

2. Fundusze Zdrowia, o których mowa w ust. 1 tworzone są na następujących zasadach:

- 1). Narodowy Fundusz Zdrowia ulega podziałowi na 4-6 odrębnych Funduszków Zdrowia,
- 2) Granice Funduszków pokrywają się z granicami województw i są ustalone tak, aby obejmowały możliwie odległe miejsca w kraju i możliwie jednorodną pod względem epidemiologicznym i zbliżoną pod względem liczebności populację ubezpieczonych,
- 3) Ilość Funduszków, ich granice, zasady funkcjonowania i organizację określa, w drodze rozporządzenia Rada Ministrów w terminie do 1 maja 2006r.
- 4) Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad podziałem Narodowego Funduszu Zdrowia na Fundusze Zdrowia,
- 5) Pierwsze władze statutowe Funduszków powołuje minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie do 15 maja 2006r.
- 6) Fundusze Zdrowia z dniem ich powołania stają się podmiotem wszelkich praw i obowiązków odpowiednich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 7) Mienie odpowiednich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia staje się z dniem powołania Funduszków Zdrowia, z mocy prawa mieniem Funduszków.
- 8) Przejście praw i mienia oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia na Fundusze Zdrowia następuje nieodpłatnie oraz wolne jest od podatków i opłat.

3. Od dnia powołania Funduszków Zdrowia, o których mowa w ust.1, ubezpieczony należy do Funduszu, który odpowiada dotychczasowej przynależnością ubezpieczonego do Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Prawo wyboru Funduszu, o którym mowa w art. 8 ust. 2 ubezpieczony może zrealizować, na zasadach opisanych w art.8 ust. 2 – 4 od roku 2006 z obowiązywaniem wyboru od roku 2007.

Art. 143

1. Fundusze Zdrowia, utworzone na zasadach opisanych w art. 142 ust. 2 zapewniają ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, w szczególności wstępuje w prawa i obowiązki oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami.

2. Umowy, o których mowa w ust. 1, obowiązują do czasu zawarcia nowych umów na warunkach wynikających z niniejszej ustawy.

3. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych wszczęte przed dniem wejścia w życie ustawy prowadzi się na zasadach określonych w dotychczasowych przepisach.

Art. 144

Do dnia 1maja 2006r. minister właściwy do spraw zdrowia:

- 1) utworzy Agencję Oceny Technologii Medycznej, nada jej statut i powoła jej prezesa,
- 2) utworzy Komisję Refundacyjną,
- 3) utworzy Instytut Wyceny i Standaryzacji Świadczeń Ubezpieczenia Zdrowotnego, nada jemu statut i powoła prezesa Instytutu.

Art.145

Do dnia 15 maja 2006r prezes Rady Ministrów powoła członków Komisji Refundacyjnej.

Art. 146

Do dnia 1 maja 2006 r Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw skarbu państwa wyda rozporządzenie, o którym mowa w art. 138 pkt 1 w części wprowadzającej nowe brzmienie art. 35b ust.2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 147

Sposób rekompensaty utraconych, na mocy niniejszej ustawy, przywilejów w dostępie do niektórych świadczeń finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, przysługujących niektórym ubezpieczonym, określą odrębne przepisy. Przepisy te nie mogą naruszać zasady równego dostępu do świadczeń.

Art. 148

1. Do czasu opracowania na zasadach przewidzianych w niniejszej ustawie wykazu o którym mowa w art. 25 ust.2 pkt 1, obowiązują ustalenia o których mowa w art. 36 ust 5 ustawy, o której mowa w art. 153.

Art. 149

1.Z chwilą wejścia w życie niniejszej ustawy, wszystkie świadczenia dostępne w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego na mocy dotychczasowych przepisów, traktuje się, jako świadczenia umieszczone w Wykazie Refundowanych Świadczeń Zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ust. 2 pkt 2..

2. Dalsze tworzenie Wykazu Świadczeń Refundowanych, o którym mowa w art. 25 ust 2 pkt 2, będzie następować w następujący sposób:

1) przez tworzenie pozytywnej listy świadczeń zdrowotnych wpisanej do Wykazu Świadczeń Refundowanych, zgodnie z zasadami zawartymi w ustawie; na liście tej znajdą się świadczenia, które dotychczas były refundowane ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz świadczenia nowe, dotychczas nie objęte refundacją;

2) przez tworzenie negatywnej listy świadczeń zdrowotnych, które dotychczas były objęte finansowaniem ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ale - z powodu ich wątpliwej skuteczności lub nieskuteczności albo z powodu ich szkodliwego działania lub działania obciążonego dużym ryzykiem dla zdrowia pacjenta – zostały usunięte z zakresu świadczeń refundowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Tworzenie negatywnej listy świadczeń, o której mowa w ust. 2 pkt 2 następuje na zasadach analogicznych do tworzenia Wykazu Świadczeń Refundowanych. Listę świadczeń zdrowotnych, o której mowa w ust. 2 pkt 2 określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 150

Wykaz Świadczeń Refundowanych będzie tworzony na zasadach opisanych w art.149 do czasu, gdy wszystkie świadczenia zdrowotne finansowane ze środków powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w chwili wejścia w życie niniejszej ustawy, zostaną umieszczone na listach o których mowa w art. 149 ust. 2 .

Art. 151

Do dnia wydania ubezpieczonemu karty ubezpieczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 9, dowodem ubezpieczenia jest każdy dokument, który do dnia 31 grudnia 2006 r. potwierdzał uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Art. 152

Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia, osoby wobec których z uwagi na konieczność zapewnienia form i metod realizacji zadań stanowiących tajemnicę państwową stosuje się odrębny, niż przewidziany w niniejszej ustawie, tryb finansowania i udzielania świadczeń zdrowotnych lub niektórych zasad funkcjonowania powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Art. 153

Traci moc ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz.2135, z późn. zm.)

Art.154

Ustawa wchodzi w życie z dniem **1 stycznia 2007r.** z tym, że:
artykuł 16 ust 2, art. 16 ust3 pkt 2, artykuły 30 do 55, artykuły 59 do 65, artykuł 67, art. 138 pkt 1, w części wprowadzającej nowe brzmienie art. 35b ust 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. (Dz. U. z 1991r Nr 91 poz. 408 z późn. zm), artykuły 142 do 146 wchodzi w życie z dniem **1 marca 2006r.**

Uzasadnienie projektu ustawy.

System opieki zdrowotnej w Polsce, mimo wieloletniego reformowania, jest daleki od stabilizacji. Nie znajduje też akceptacji społecznej. W międzynarodowych badaniach opinii społecznej, przeprowadzonych na początku b. roku, przez firmę Populus, okazało się, że Polacy są najmniej, spośród badanych krajów, zadowoleni ze swojej służby zdrowia i – co ważniejsze – najbardziej ze wszystkich wypatrują zmian. **Aż 93 % ankietowanych uważa, że polska służba zdrowia wymaga reformy, w tym 86%, że zmiany muszą być przeprowadzone pilnie. Aż 74 % Polaków jest zdania, że bez reformy, opieka zdrowotna w Polsce będzie się stale pogarszać.**

Jakich zmian oczekują Polacy? W badaniu opinii społecznej, przeprowadzonym w lipcu 2004 r przez Instytut Pentor, ok. 70 % ankietowanych opowiedziało się za takim systemem, w którym pacjent może wybierać szpital i lekarza, a dochody świadczeniodawców zależą od ilości pacjentów. Podobna ilość ankietowanych wyraziła akceptację dla ewentualnych dopłat do leczenia, pod warunkiem, że istotnie poprawiłoby to funkcjonowanie służby zdrowia, zlikwidowało kolejki i korupcję.

Przedstawiony projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wychodzi naprzeciw tym oczekiwaniom. Projekt uwzględnia również doświadczenia z funkcjonowania kas chorych i NFZ i bierze pod uwagę wnioski, jakie płyną z wieloletniej publicznej dyskusji o tym, jak ma wyglądać racjonalny system lecznictwa w naszym Kraju.

Przepisy ustawy konstruuje taki system, w którym podmiotem jest pacjent i ubezpieczony. To o niego zabiegać będą konkurujące między sobą Fundusze Zdrowia, szpitale, przychodnie i lekarze. Pacjent będzie faktycznym dysponentem pieniędzy, przeznaczonych na jego leczenie, dzięki czemu trafią one tam, gdzie są najbardziej potrzebne i najefektywniej wykorzystane.

Dokładniejsze omówienie ustawy znajduje się na wstępie broszury.

Tutaj odniesiemy się tylko do aspektów nie ujętych w tym omówieniu.

Ocena Skutków Regulacji Do projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja.

Projektowana ustawa, podobnie jak obecnie obowiązująca ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obejmuje zakresem regulacji podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych refundowanych ze środków publicznych; podmioty publiczne, zarządzające składkami przeznaczonymi na powszechne ubezpieczenie zdrowotne; obywateli, ubezpieczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz – dodatkowo prywatne podmioty, które będą mogły – obok publicznych – realizować powszechne ubezpieczenie zdrowotne, zarządzając składkami ubezpieczonych.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych.

Przepisy projektowanej ustawy będą miały wpływ na budżet państwa. Ustawa przewiduje finansowanie z budżetu państwa składek obywateli na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w kwocie łącznej 6% PKB. W porównaniu z obecnymi wydatkami ze środków publicznych, które wynoszą 4% PKB wzrost wynosi na dzień bieżący ok. 16 mld złotych w skali rocznej. W istocie wzrost ten nie będzie tak duży. Dotychczas bowiem z budżetu państwa finansowanych było wiele pozycji, które znikną, jak inwestycje i zakupy centralne (teraz środki na te cele pozyskiwane będą z przychodów uzyskiwanych ze „sprzedaży” usług zdrowotnych), a także konieczność spłaty zadłużenia (liczonego obecnie na ok. 9 mld złotych), dotacje jak np. przewidziane w ustawie o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, programy zdrowotne itp. W sumie kwota o jaką zwiększą się wydatki ze środków publicznych na opiekę zdrowotną – w wyniku realizacji projektu ustawy wyniesie ok. 10 mld złotych w skali roku. Spodziewany rozwój sektora ochrony zdrowia w wyniku wprowadzonych zmian może w zamian zwiększyć dochody państwa z podatków bezpośrednich i pośrednich, trudny jednak do oszacowania.

3. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Regulacje objęte projektem ustawy mogą mieć pozytywny wpływ na rynek pracy, poprzez to, że wprowadzone mechanizmy otwartej konkurencji i elastycznego finansowania wpłyną na znaczny rozwój sektora. Zapotrzebowanie na usługi zdrowotne jest duże i można się spodziewać jego dalszego wzrostu. Dzisiaj elementem hamującym ten rozwój jest „zamknięte” finansowanie, blokujące dostęp do rynku dalszym i nowym podmiotom.

4. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Projektowana ustawa, tworząc „otwarty” system opieki zdrowotnej, o stabilnym i elastycznym finansowaniu, umożliwiając rozwój sektora ochrony zdrowia, spowoduje, że usługi zdrowotne w Polsce mogą stać się „towarem eksportowym”. Sprzyjać temu będzie fakt, że w większości krajów europejskich systemy leczenia są niewydolne i kolejki oczekujących do niezbędnych zabiegów stale się wydłużają. Można przypuszczać, że Polska stanie się celem intensywnej turystyki medycznej z wielu krajów UE.

5. Wpływ regulacji na sytuacji i rozwój regionów.

Regulacje zaproponowane w projekcie ustawy mogą mieć pozytywny wpływ na sytuację i rozwój gospodarczy regionów, bo otwierają perspektywy b. ważnego sektora gospodarki, jakim jest ochrona zdrowia.

6. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi.

Projektowana ustawa przyczyni się do lepszego dostępu obywateli do opieki zdrowotnej , przez co poprawi się sytuacja zdrowotna społeczeństwa.

ANEKS.

Skład Porozumienia Środowisk Medycznych, które opracowało program Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej:

1. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
2. Związek Pracodawców Szpitali Publicznych,
3. Związek Pracodawców Niepublicznej Ochrony Zdrowia,
4. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych,
5. Dr Andrzej Sośnierz, b. dyr. Śląskiej Kasy Chorych,
6. Dr ekon. Wojciech Misiński – Akad. Ekonom. we Wrocławiu, ekspert Centrum im. A. Smitha

Organizacje popierające program Racjonalnego Systemu Opieki Zdrowotnej:

1. Krajowa Izba Gospodarcza,
2. Okrągły Stół Ochrony Zdrowia woj. Zachodniopomorskiego,
3. Konfederacja Pracodawców Polskich,
4. Konserwatywno Liberalna Partia UPR
5. Wielkopolski Związek NZOZ – Organizacja Pracodawców,
6. Centrum im. Adama Smitha,
7. Izby Lekarskie (Szczecińska, Bydgoska, Lubelska, Podlaska, Świętokrzyska, Wielkopolska)
8. Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali

Treść deklaracji:

„O przyjazny pacjentowi i efektywny system opieki zdrowotnej w Polsce”

My niżej podpisani, przedstawiciele szerokiego kręgu środowisk związanych z ochroną zdrowia, stwierdzamy, że polska służba zdrowia wymaga zdecydowanych działań naprawczych. Obowiązująca ustawa „O świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych”, powtarza zasadnicze wady swojej poprzedniczki. Nie wprowadza oczekiwanego przełomu w funkcjonowaniu służby zdrowia, obniża poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków.

W przededniu wyborów do Parlamentu, rekomendujemy ugrupowaniom pretendującym do objęcia władzy wprowadzenie systemu opieki zdrowotnej respektującego niżej wymienione zasady. W naszej opinii, przyjazny pacjentowi i efektywny system opieki zdrowotnej, powinien być oparty na:

- *podmiotowości pacjenta w systemie*
- *mechanizmach rynkowych: konkurencji między ubezpieczycielami i świadczeniodawcami,*
- *decydującym udziale środków publicznych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych,*
- *współdziale środków prywatnych w finansowaniu świadczeń zdrowotnych o podwyższonym standardzie,*

- możliwości funkcjonowania dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych,
- równouprawnieniu wszystkich świadczeniodawców.

Wyrażamy zdecydowany sprzeciw wobec propozycji powrotu do służby zdrowia zorganizowanej w oparciu o system nakazowo rozdzielczy, tworzący iluzję bezpieczeństwa zdrowotnego, czyniący z pacjenta przedmiot w rękach biurokracji, nie szanujący zasad ekonomii i przez to podtrzymujący funkcjonowanie „szarej strefy”.

System opieki zdrowotnej realizujący wymienione zasady musi przyjąć następujące rozwiązania:

W zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych:

Z obowiązkowej składki powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (PUZ) jest opłacana zasadnicza część świadczeń zdrowotnych dostępna dla wszystkich ubezpieczonych.

Środkami ubezpieczonych pochodzącymi z PUZ mogą zarządzać, konkurujące ze sobą, publiczne jak i niepubliczne firmy („zarządzanie składką”). Ubezpieczony ma prawo wyboru dowolnej firmy. Do firmy wskazanej przez ubezpieczonego będzie przekazywana jego składka.

Powstanie instytucja standaryzacji medycznej, która określi: definicje świadczeń refundowanych przez PUZ, standardy ich wykonywania, wymagania techniczne, sprzętowe, dotyczące personelu medycznego oraz standaryzowane koszty świadczeń zdrowotnych,

Część kosztów świadczeń zdrowotnych finansowana jest ze środków prywatnych za pośrednictwem dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych lub bezpośrednio przez pacjentów

Osoby najuboższe będą miały zapewnioną pomoc socjalną na ewentualne dopłaty do części świadczeń.

Część świadczeń finansuje bezpośrednio budżet państwa (n.p. procedury wysokospecjalistyczne, medycyna ratunkowa).

W zakresie organizacyjnych aspektów funkcjonowania systemu:

Równouprawnienie wszystkich świadczeniodawców, bez względu na formę własności.

Swobodny wybór świadczeniodawcy przez pacjenta.

Konkurencja między świadczeniodawcami o pacjenta i o środki przeznaczone na jego leczenie.

Każdy świadczeniodawca, który spełnia warunki ustalone przez instytucję standaryzacji medycznej (bez konkursu ofert) ma prawo do udzielania świadczeń i ma zrefundowaną taką samą kwotę za świadczenie udzielone na określonym poziomie jakości.

Możliwość dopłaty pacjentów do niektórych świadczeń.

Nadzór ubezpieczyciela nad zasadnością udzielanych świadczeń, wprowadzenie rejestru usług medycznych w tym europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego.

System oparty na powyższych zasadach będzie systemem stabilnym, oszczędnym, elastycznym finansowo, zapewniającym bezpieczeństwo zdrowotne i ekonomiczne.

Niżej podpisani deklarują swoje poparcie tym politykom, którzy w swoich programach zadeklarują wprowadzenie systemu opieki zdrowotnej opartego na zaprezentowanych zasadach.

W czasie konferencji prasowej, podczas której prezentowano Deklarację, podpisy złożyli przedstawiciele następujących organizacji:

1. Naczelna Rada Lekarska - Konstanty Radziwiłł – prezes NIL,
2. Izba Gospodarcza „Medycyna Polska”- Ryszard Olszanowski – Przewodniczący Rady Izby
3. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych -Andrzej Sokołowski – prezes Stowarzyszenia),
4. Ogólnopolski Związek Pracodawców SPZOZ - Jacek Profaska – prezes Związku,
5. Centrum im. Adama Smitha - Wojciech Misiński – ekspert Centrum,
6. Konfederacja Pracodawców Polskich - Andrzej Sośnierz – ekspert KPP,

7. Podlaska Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia - Eugeniusz Muszyc – przewodniczący Federacji,
8. Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ – Maciej Sokołowski – wiceprzewodniczący Głównej Komisji Rewizyjnej ,
9. Zachodniopomorski Związek Pracodawców Lecznictwa - Jacek Podolski – członek Zarządu,
10. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy - Krzysztof Bukiel – przewodniczący.

Ponadto swoje poparcie dla deklaracji wyraziły organizacje, których przedstawiciele nie byli obecni na konferencji prasowej:

1. Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Marcin Halicki – prezes Związku,
2. Wielkopolski Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia – PZ - Andrzej Grzybowski – prezes Związku),
3. Polskie Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali - Marek Krobicki, członek Zarządu,
4. Okręgowa Rada Lekarska w Warszawie – Andrzej Włodarczyk – prezes Rady,
5. Federacja Związków Pracodawców ZOZ – Wiktor Masłowski – prezes,
6. Transparency International Polska – Julia Pitera – prezes Zarządu,
7. Izba Gospodarcza Apteka Polska – Grzegorz Zagórny - prezes Izby,
8. Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED – Jakub Gołąb Kierownik Biura Zarządu Izby