

Materiał porównawczy
do ustawy z dnia 24 maja 2007 r.

**o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych,
Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze
Ubezpieczycieli Komunikacyjnych**

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154 i Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410 i Nr 227, poz. 1658)

Art. 14.

Na zasadach i w zakresie określonych w ustawie podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie lub Fundusz.

<Art. 14a.

- 1. Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych przysługuje roszczenie o zwrot poniesionych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wobec osoby, która popełniła umyślne przestępstwo, stwierdzone prawomocnym wyrokiem, którego skutkiem jest konieczność udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.**
- 2. Roszczenie, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje z tytułu poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych sprawcy przestępstwa, o którym mowa w ust. 1.**

Art. 14b.

- 1. W przypadkach, w których konieczność udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych i jednocześnie zachodzą przesłanki uzasadniające odpowiedzialność posiadacza pojazdu mechanicznego, który zgodnie z odrębnymi przepisami ma obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, koszty tych świadczeń Fundusz pokrywa ze środków, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 7a.**

2. Funduszowi nie przysługują roszczenia z tytułu poniesienia kosztów świadczeń, o których mowa w ust. 1.>

Art. 97.

1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.
2. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
3. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:
 - 1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
 - 3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;
 - 3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;
 - 4) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych;
 - 5) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;
 - 6) monitorowanie ordynacji lekarskich;
 - 7) promocja zdrowia;
 - 8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
 - 9) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.
4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:
 - 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 2) gromadzenia danych o ubezpieczonych w Funduszu;
 - 3) gromadzenia danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 4) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
 - 5) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.
5. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej.
6. Fundusz nie może być właścicielem zakładów opieki zdrowotnej ani nie może posiadać w jakiejkolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej.
7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4 i 6 w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 96 ust. 4.

[8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 3.]

<8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 3, z wyjątkiem kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a.>

Art. 116.

1. Przychodami Funduszu są:

- 1) należne składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- 2) odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 3) darowizny i zapisy;
- 4) środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- 5) dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3;
- 6) środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych;
- 7) przychody z lokat;

<7a) środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych;>

8) inne przychody.

2. Środki finansowe Funduszu mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek.

Art. 117.

1. Kosztami Funduszu są:

1) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych;

<1a) koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14b ust. 1;>

- 2) koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji;
- 3) koszty refundacji cen leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
- 4) koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3;
- 5) koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie;
- 6) koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży;
- 7) koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 8) koszt wypłaty odszkodowań;
- 9) inne koszty wynikające z odrębnych przepisów.

2. Środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek.

Art. 118.

1. Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy Funduszu zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.
- [2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:
 - 1) planowanych kosztów dla:
 - a) centrali, w tym kosztów realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji oraz finansowania działalności centrali,
 - b) poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;
 - 2) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.]
- <2. W planie finansowym Funduszu Prezes Funduszu określa wysokość:
 - 1) planowanych kosztów dla centrali, w tym:
 - a) kosztów finansowania działalności centrali,
 - b) rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji,
 - c) rezerwy na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a;
 - 2) planowanych kosztów poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym kosztów finansowania działalności poszczególnych oddziałów;
 - 3) łącznych przychodów i kosztów Funduszu.>
3. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych są dzielone pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, przy czym:
 - 1) podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonemu należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia;
 - 2) wysokość środków określonych w pkt 1 koryguje się przez uwzględnienie migracji ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu do świadczeniodawców z innego oddziału Funduszu oraz wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju wykonanych świadczeń wysokospecjalistycznych w latach poprzedzających rok, w którym ten plan jest tworzony, w podziale na województwa, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem.
4. Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zaplanowanych w planie finansowym dla danego oddziału w roku poprzednim.
5. Na rezerwę ogólną przeznacza się 1 % planowanych kosztów Funduszu.
6. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

[Art. 124.

1. *Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu finansowego Funduszu w przypadku zaistnienia sytuacji związanych z wykonaniem planu finansowego Funduszu, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzania planu.*
2. *Każdej zmiany planu finansowego dokonuje się zgodnie z zasadami, o których mowa w art. 118.*
3. *Zmiana planu finansowego następuje w trybie określonym dla zatwierdzania planu.*
4. *Prezes Funduszu, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, może dokonać przesunięcia kosztów pomiędzy poszczególnymi pozycjami planu finansowego.*
5. *Przesunięcia kosztów, o których mowa w ust. 4, można dokonać w planie finansowym oddziału wojewódzkiego albo centrali Funduszu.*
6. *Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Funduszu, w planie finansowym Funduszu może przesuwać koszty przeznaczone na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego.*
7. *Przesunięcie kosztów, o których mowa w ust. 4 lub 6, nie wymaga zmiany planu finansowego w trybie określonym dla zatwierdzania planu finansowego.*
8. *Prezes Funduszu może uruchomić rezerwę ogólną po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia. Uruchomienie rezerwy ogólnej nie wymaga zmiany planu finansowego w trybie określonym dla zatwierdzenia planu finansowego.*
9. *W przypadkach, o których mowa w art. 121 ust. 5 i art. 123 ust. 3, zmiany planu finansowego dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych. Przepisy ust. 1-6 stosuje się odpowiednio.*
10. *W zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może dokonać zmiany planu finansowego również w przypadkach innych niż wymienione w ust. 1. Przepisów ust. 2 i 3 w takim przypadku nie stosuje się.*
11. *Zmiany, o których mowa w ust. 10, podlegają zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.]*

<Art. 124.

1. **Zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu.**
2. **Zmiany planu finansowego Funduszu zatwierdzonego w trybie, o którym mowa w art. 121 ust. 4, może dokonać Prezes Funduszu. Przepisy art. 121 ust. 1-4 stosuje się odpowiednio.**
3. **Zmiany planu finansowego Funduszu ustalonego zgodnie z art. 121 ust. 5 albo art. 123 ust. 3 może dokonać minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych na uzasadniony wniosek Prezesa Funduszu. Do wniosku o zmianę planu dołącza się opinię Rady Funduszu, opinie komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.**

4. Prezes Funduszu, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych, może dokonać przesunięcia kosztów w planie finansowym centrali Funduszu oraz przesunięcia kosztów w ramach kosztów administracyjnych w planie finansowym Funduszu, a także dokonać zmiany planu finansowego w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
5. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, po poinformowaniu Prezesa Funduszu, może dokonać przesunięcia kosztów w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. Prezes Funduszu podejmuje decyzję o uruchomieniu rezerwy ogólnej po uzyskaniu pozytywnych opinii ministra właściwego do spraw zdrowia oraz ministra właściwego do spraw finansów publicznych.
7. Prezes Funduszu podejmuje decyzje o uruchomieniu rezerw, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. b i c, po poinformowaniu ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw finansów publicznych.
8. Zmian planu finansowego Funduszu, o których mowa w ust. 1-3, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w art. 118.
9. Do zmian planu finansowego, o których mowa w ust. 4-7, oraz do zmiany planu finansowego wynikającej z art. 129 ust. 3 i 4 nie stosuje się przepisów art. 118 ust. 3 oraz art. 121.
10. W przypadku gdy w danym roku obrotowym wysokość kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a, jest wyższa od wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, różnica jest pokrywana z rezerwy ogólnej Funduszu.
11. W przypadku gdy w danym roku obrotowym wysokość kosztów, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a, jest niższa od wysokości rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, różnicę przeznaczają się na powiększenie wysokości tej rezerwy w następnym roku obrotowym.>

[Art. 129.

1. Z zastrzeżeniem art. 125, zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznaczają się w szczególności na:
 - 1) pokrycie strat z lat ubiegłych lub
 - 2) fundusz zapasowy Funduszu.
2. O przeznaczeniu zysku decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych. Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych odnośnie sposobu podziału zysku.]

<Art. 129.

1. **Zatwierdzony zysk netto za dany rok obrotowy przeznaczają się na:**
 - 1) **pokrycie strat z lat ubiegłych;**
 - 2) **fundusz zapasowy.**
2. **O pokryciu straty netto albo przeznaczeniu zysku netto decyduje Rada Funduszu w drodze uchwały, z uwzględnieniem pierwszeństwa pokrycia strat z lat ubiegłych.**

Uchwała Rady Funduszu może być podjęta po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz ministra właściwego do spraw zdrowia odnośnie sposobu podziału zysku netto lub pokrycia straty netto.

- 3. W przypadku przyjęcia przez Radę Funduszu uchwały przewidującej przeznaczenie zysku netto za dany rok obrotowy na fundusz zapasowy, Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu finansowego Funduszu na rok, w którym dokonuje się podziału zysku, przewidującej zwiększenie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę nie większą niż wysokość zysku netto za dany rok obrotowy przeznaczanego na fundusz zapasowy.**
- 4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, oraz w przypadku przeznaczenia części rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c, zgodnie z art. 124 ust. 11, przepisu art. 118 ust. 1 nie stosuje się.**
- 5. Przy zmianie planu finansowego Funduszu, o której mowa w ust. 3, przy ustaleniu wysokości środków przekazywanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu za dany rok obrotowy.**
- 6. Przy stosowaniu art. 118 ust. 4 do planu finansowego na rok następny nie uwzględnia się środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu zgodnie z ust. 3 i 5 oraz środków przekazanych oddziałom wojewódzkim Funduszu przy uruchomieniu rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c.>**

Art. 131.

1. Fundusz jest obowiązany do sporządzania okresowych sprawozdań dotyczących wykonania planu finansowego oraz przekazywania ich ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych i ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
2. Minister właściwy do spraw finansów publicznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu, w tym:
 - 1) rodzaje sprawozdań, o których mowa w ust. 1, sposób ich tworzenia oraz terminy przekazywania,
 - 2) sposób tworzenia planu finansowego i rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego oraz ich wzory- uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego i rzetelnego gospodarowania środkami publicznymi.

<Art. 131a.

- 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Komisji Nadzoru Finansowego oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, wysokość wskaźnika wynikającego z kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14b ust. 1, uwzględniając wysokość tych kosztów, wysokość zbioru składek brutto z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych oraz wysokość wpływów Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów**

- obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych.
2. Wysokość wskaźnika, o którym mowa w ust. 1, określana jest corocznie, w terminie do 30 września, i ma zastosowanie w roku następnym.
 3. Wskaźnik, o którym mowa w ust. 1, jest ilorazem wysokości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14b ust. 1, oraz sumy wysokości zbioru składek brutto, z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zawieranych zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych i wysokości wpływów Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, prognozowanych na rok następny.
 4. Na wniosek Funduszu, nie częściej niż co miesiąc, Policja przekazuje Funduszowi odpłatnie, uwzględniając rzeczywiste koszty przekazania, informacje odrębne dla każdego zdarzenia o:
 - 1) osobach poszkodowanych na skutek zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych obejmujące dla każdej osoby: imię i nazwisko, imię ojca oraz numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – datę urodzenia i obywatelstwo;
 - 2) sprawcach zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdów mechanicznych obejmujących dla każdej osoby: imię i nazwisko, imię ojca oraz numer PESEL, a w przypadku nieposiadania numeru PESEL – datę urodzenia i obywatelstwo;
 - 3) tym, czy sprawcą zdarzenia zaistniałego w związku z ruchem pojazdów mechanicznych była osoba kierująca pojazdem mechanicznym czy inna osoba;
 - 4) dacie i miejscu zdarzenia zaistniałego w związku z ruchem pojazdów mechanicznych.
 5. Jeżeli jest to konieczne dla ustalenia uczestników lub sprawcy zdarzenia, na zasadach i w zakresie określonym w ust. 4, Fundusz może się zwrócić o udzielenie informacji również do Krajowego Rejestru Karnego, sądu lub innego organu prowadzącego postępowanie w sprawie wypadku drogowego.>

Art. 136.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) wymagania dla podwykonawców inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
- 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych;
- 7) postanowienie o odstąpieniu od umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;

- 8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w pkt 7.

<Art. 136a.

Kwota, o której mowa w art. 136 pkt 5, nie zawiera zobowiązań z tytułu kosztów pokrywanych z rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. c.>

USTAWA z dnia 22 maja 2003 r. O UBEZPIECZENIACH OBOWIĄZKOWYCH, UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZU GWARANCYJNYM I POLSKIM BIURZE UBEZPIECZYCIELI KOMUNIKACYJNYCH (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z 2004 r. Nr 26, poz. 225, Nr 96, poz. 959, Nr 141, poz. 1492, Nr 273, poz. 2703 i Nr 281, poz. 2778, z 2005 r. Nr 167, poz. 1396 oraz z 2006 r. Nr 157, poz. 111)

Art. 43.

Zakładowi ubezpieczeń przysługuje prawo dochodzenia od kierującego pojazdem mechanicznym zwrotu wypłaconego z tytułu ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych odszkodowania, jeżeli kierujący:

- 1) wyrządził szkodę umyślnie lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 2) wszedł w posiadanie pojazdu wskutek popełnienia przestępstwa;
- 3) nie posiadał wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem mechanicznym, z wyjątkiem przypadków, gdy chodziło o ratowanie życia ludzkiego lub mienia albo o pościg za osobą podjęty bezpośrednio po popełnieniu przez nią przestępstwa;
- 4) zbiegł z miejsca zdarzenia.

<Art. 43a.

1. Zakłady ubezpieczeń wykonujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przekazują do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:

- 1) opłatę ryczałtową określaną jako iloczyn wysokości zbioru składek brutto za dany miesiąc z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz wskaźnika, o którym mowa w art. 131a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.);
- 2) informację o wysokości zbioru składek brutto, o których mowa w pkt 1.

- 2. Opłata ryczałtowa oraz informacja, o których mowa w ust. 1, są przekazywane miesięcznie w terminie do dwudziestego dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.>**

Art. 119.

1. Fundusz jest obowiązany, w terminie 4 miesięcy od zakończenia roku obrotowego, sporządzić roczne sprawozdanie z działalności, które podlega badaniu przez biegłego rewidenta.
2. Zgromadzenie Członków Funduszu zatwierdza sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, w terminie 6 miesięcy od zakończenia roku obrotowego.
3. Zatwierdzone przez Zgromadzenie Członków Funduszu sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1, Fundusz przedstawia ministrowi właściwemu do spraw instytucji finansowych oraz organowi nadzoru.
4. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb składania sprawozdań, o których mowa w ust. 1 i w art. 98 ust. 5, w tym terminy ich składania oraz niezbędne dane, jakie powinny zawierać te sprawozdania, uwzględniając w szczególności zapewnienie prawidłowości i przejrzystości sporządzanych sprawozdań.

<Art. 119a.

- 1. Fundusz przekazuje do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia:**

- 1) opłatę ryczałtową określaną jako iloczyn wysokości wpływów za dany miesiąc z tytułu opłat za niespełnienie obowiązku zawarcia umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz wskaźnika, o którym mowa w art. 131a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;**

- 2) informację o wysokości wpływów, o których mowa w pkt 1.**

- 2. Opłata ryczałtowa oraz informacja, o których mowa w ust. 1, są przekazywane miesięcznie w terminie do dwudziestego dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczą.>**