

**Materiał porównawczy**  
**do ustawy z dnia 3 grudnia 2010 r.**

**o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi**  
**(druk nr 1063)**

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

Art. 2.

1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:
  - 1) osoby objęte powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej "ubezpieczonymi",
  - 2) inne, niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,
  - 3) inne, niż wymienione w pkt 1 i 2, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie ukończyły 18. roku życia lub są w okresie ciąży, porodu i połogu - zwane dalej "świadczeniobiorcami".
2. Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

Art. 12.

Przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego przez zakłady opieki zdrowotnej na podstawie:

- 1) (uchylony);
- 2) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238);
- 3) art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.);

- 4) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.);
- 5) art. 117 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006 r. Nr 234, poz. 1694, z 2007 r. Nr 120, poz. 818 i Nr 165, poz. 1170 oraz z 2008 r. Nr 70, poz. 416);
- 6) przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570) - w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych;
- 7) przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 8) (uchylony);
- 9) art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. Nr 180, poz. 1280 oraz z 2008 r. Nr 52, poz. 305).

#### Art. 12a.

Przepisów ustawy, z wyłączeniem przepisów określających zasady i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej oraz przepisów określających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nie stosuje się wobec osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.).

#### [Art. 13a.

*Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:*

- 1) *udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3,*
  - 2) *o których mowa w art. 12 pkt 2-5 i 9 oraz w art. 12a*
- uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.]*

#### <Art. 13a.

**Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej:**

- 1) **udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3,**
  - 2) **o których mowa w art. 12 pkt 2–6 i 9, art. 12a oraz art. 26**
- uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych oraz zapewnienie skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.>**

#### Art. 20.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1:
  - 1) ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy;

- 2) informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;
  - 3) wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego:
    - a) numer kolejny,
    - b) datę i godzinę wpisu,
    - c) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
    - d) numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
    - e) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
    - f) adres świadczeniobiorcy,
    - g) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
    - h) termin udzielenia świadczenia,
    - i) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu  
- w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;
  - 4) wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia.
  3. Dokonanie przez świadczeniodawcę czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3, jest równoznaczne z zobowiązaniem się do udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej.
  4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.
  5. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.
  6. Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań.
  7. W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie.
  8. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy również przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na wcześniejszy.
  9. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie może stawić się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie ust. 2, 7 lub 8 lub gdy zrezygnował ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany niezwłocznie powiadomić o tym świadczeniodawcę.
  10. W celu otrzymania jednego świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy.
  11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, kryteria medyczne, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących, uwzględniając aktualną wiedzę medyczną.
-

Art. 23.

[1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia, informację zawierającą:

- 1) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;
- 2) listy oczekujących na udzielanie świadczeń wysokospecjalistycznych, na podstawie umowy z Funduszem, obejmujące zakres przedmiotowy świadczeń oraz dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.]

**<1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń, obejmującą:**

- 1) liczbę oczekujących i średni czas oczekiwania obliczony w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1;**
- 2) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.>**
2. Informacje o prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oddział wojewódzki Funduszu, właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia, publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując je co najmniej raz w miesiącu.
3. Oddział wojewódzki Funduszu, o którym mowa w ust. 2, informuje, na żądanie, świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej.
4. Świadczeniodawca, na umotywowany wniosek dyrektora właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu, jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie inne niż określone w ust. 7 informacje dotyczące realizacji obowiązków, o których mowa w ust. 1-6.
5. W przypadku uzasadnionego podejrzenia niewykonywania lub niewłaściwego wykonywania przez świadczeniodawcę obowiązków, o których mowa w art. 20-22, dyrektor właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu przeprowadza kontrolę w trybie art. 64.
6. Fundusz tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, przekazywanych przez te oddziały.
7. Fundusz udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 6, w szczególności poprzez bezpłatną linię telefoniczną.

Art. 26.

1. Prezes Funduszu może na wniosek wnioskodawcy, o którym mowa w art. 25, jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, skierować wnioskodawcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, których nie przeprowadza się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.

2. W przypadkach określonych w ust. 1 Prezes Funduszu może wydać wnioskodawcy, na jego wniosek albo na wniosek jego przedstawiciela ustawowego lub małżonka, zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej lub państwem członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.
3. Decyzje, o których mowa w ust. 1 i 2, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.
4. Koszty leczenia, badań diagnostycznych lub transportu wynikające z ust. 1 i 2 są finansowane z budżetu państwa.

[Art. 83.

1. *W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 85 ust. 1-13, zgodnie z przepisami art. 79-81 jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.), składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.*
2. *Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:*
  - 1) *przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek,*
  - 2) *przychód ubezpieczonego zwolniony od podatku na podstawie umów o unikaniu podwójnego opodatkowania lub innych umów międzynarodowych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 i 16,*
  - 3) *przychód członka służby zagranicznej wykonującego obowiązki służbowe w placówce zagranicznej, z wyłączeniem dodatku zagranicznego i innych świadczeń przysługujących tym osobom,*
  - 4) *przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 74 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16*  
*- składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 79-81.*
3. *W przypadku nieobliczania zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych przez płatnika, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od przychodów stanowiących podstawę wymiaru składki innych niż określone w ust. 2 składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.*
4. *(uchylony).*
5. *(uchylony).*
6. *(uchylony).]*

< Art. 83.

1. **W przypadku gdy składka na ubezpieczenie zdrowotne obliczona przez płatnika, o którym mowa w art. 85 ust. 1-13, zgodnie z przepisami art. 79 i 81 jest wyższa od zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych obliczonej przez tego płatnika**

zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307, z późn. zm.), składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości tej zaliczki.

2. W przypadku nieobliczania zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych przez płatnika, od przychodów stanowiących podstawę wymiaru składki, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, składkę obliczoną za poszczególne miesiące obniża się do wysokości 0 zł.
  3. Jeżeli podstawę obliczenia składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowi:
    - 1) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 46 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek,
    - 2) przychód członka służby zagranicznej wykonującego obowiązki służbowe w placówce zagranicznej, z wyłączeniem dodatku zagranicznego i innych świadczeń przysługujących tym osobom,
    - 3) przychód ubezpieczonego wolny od podatku dochodowego na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 74 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 16,
    - 4) przychód ubezpieczonego zwolniony od podatku na podstawie umów o unikaniu podwójnego opodatkowania lub innych umów międzynarodowych, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na ten podatek, w stosunku do ubezpieczonych, o których mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1 i 16,
    - 5) inny niż wymieniony w pkt 4 przychód ubezpieczonego, od którego płatnik nie oblicza zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych na podstawie art. 32 ust. 6 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
    - 6) przychód z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, lub przychód z tytułu pełnienia funkcji członka rady nadzorczej, od którego, na mocy przepisów ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, pobiera się zryczałtowany podatek dochodowy
- składkę na ubezpieczenie zdrowotne płatnik oblicza zgodnie z przepisami art. 79 i 81.>

#### Art. 97.

1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.
2. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
3. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:
  - 1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
  - 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;

- 2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3;
  - 3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;
  - 3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;
  - 3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 26;
  - 4) 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.
- 3a. Do zadań Funduszu należy rozliczanie z instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA):
- 1) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a,
  - 2) kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z wyłączeniem kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego  
- w stosunku do osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
- 3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a, obciąża Fundusz kosztami tych świadczeń oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadczeń wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu.
- 3c. W przypadku rozliczania przez Fundusz kosztów medycznych czynności ratunkowych udzielonych osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji przez zespoły ratownictwa medycznego, Fundusz powiadamia właściwego wojewodę o należnościach przysługujących mu z tego tytułu. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu właściwego wojewody w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu. Przepisu nie stosuje się do lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:
- 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
  - 2) gromadzenia danych o ubezpieczonych w Funduszu;

- 3) gromadzenia danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
  - 4) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
  - 5) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.
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 2a, 3 i 3b, uwzględniającą koszty administracyjne.*]
- <8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b. Dotacja nie uwzględnia kosztów administracyjnych.>**
9. (uchylony).

#### Art. 190.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.
  2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez apteki i sposób ich rejestrowania oraz zakres informacji i sposób ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.
  3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, wojewodów i marszałków województw, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Funduszu oraz zakres sprawozdań okresowych i sposób ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, a także minimalny zakres zbiorczych informacji i sposób ich przekazywania wojewodom i sejmikom województw, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji i wzory dokumentów, uwzględniając zakres zadań wykonywanych przez te podmioty.
4. (uchylony).



USTAWA z dnia 5 grudnia 2008 r. O ZAPOBIEGANIU ORAZ ZWALCZANIU ZAKAŻEŃ I CHORÓB ZAKAŻNYCH U LUDZI (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679)

Art. 8.

1. Koszty badań sanitarno-epidemiologicznych, z wyłączeniem laboratoryjnych badań sanitarno-epidemiologicznych, wykonywanych u:
    - 1) osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-4, będących ubezpieczonymi, są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
    - 2) osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-4, nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
  2. Przepisy, o których mowa w ust. 1, nie naruszają zasad finansowania określonych w tym zakresie w innych przepisach.
  3. Koszty laboratoryjnego badania sanitarno-epidemiologicznego wykonywanego u osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-4, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego.
  4. Koszty badań sanitarno-epidemiologicznych wykonywanych u osób, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 5, są finansowane przez pracodawcę lub zlecającego wykonanie prac.
- [5. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) sposób i tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i ust. 3,
  - 2) sposób dokumentowania wykonanych badań sanitarno-epidemiologicznych oraz terminy rozliczeń
- mając na celu zapewnienie skutecznego wykonywania badań sanitarno-epidemiologicznych.]

Art. 18.

1. Obowiązkowe szczepienia ochronne i poprzedzające ich wykonanie lekarskie badania kwalifikacyjne, a także konsultacje specjalistyczne u ubezpieczonych oraz osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, przeprowadzają świadczeniodawcy, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy o udzielanie tych świadczeń.
2. Koszty przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych i lekarskich badań kwalifikacyjnych oraz konsultacji specjalistycznych, o których mowa w ust. 1, ubezpieczonych są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Koszty przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych i lekarskich badań kwalifikacyjnych oraz konsultacji specjalistycznych, o których mowa w ust. 1, osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
4. Jeżeli dana osoba podda się lekarskiemu badaniu kwalifikacyjnemu i obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu oraz konsultacji specjalistycznej, o których mowa w ust. 1, u innego świadczeniodawcy niż określony w ust. 1, ponosi koszt badania kwalifikacyjnego, koszt szczepionki, koszty przeprowadzenia szczepienia i konsultacji specjalistycznej.
5. Szczepionki służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych zakupuje minister właściwy do spraw zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych.

6. Stacje sanitarno-epidemiologiczne ustalają roczne zapotrzebowanie na szczepionki, przechowują szczepionki i zaopatrują w nie świadczeniodawców prowadzących szczepienia.
7. Koszty zakupu szczepionek, o których mowa w ust. 5, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
8. Szczepionki zakupione przez ministra właściwego do spraw zdrowia są transportowane i przechowywane z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach określonych w przepisach prawa farmaceutycznego.
9. Jeżeli dana osoba podda się obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu, o którym mowa w ust. 1, z zastosowaniem szczepionki innej niż ta, o której mowa w ust. 5, ponosi koszt zakupu szczepionki.
- [10. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:
  - 1) tryb finansowania kosztów, o których mowa w ust. 3,
  - 2) sposób dokumentowania udzielonych świadczeń oraz terminy rozliczeń- mając na celu zapewnienie skutecznego wykonywania badań i szczepień, o których mowa w ust. 1.]
11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
  - 1) sposób przekazywania szczepionek świadczeniodawcom prowadzącym szczepienia, o których mowa w ust. 5,
  - 2) sposób przechowywania szczepionek stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 30 maja 1996 r. o rezerwach państwowych (Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 594 oraz z 2008 r. Nr 227, poz. 1505)- uwzględniając konieczność stworzenia systemu stałego zaopatrzenia podmiotów wykonujących szczepienia ochronne i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowia publicznego.

#### Art. 21.

1. Lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego, ma obowiązek, w ciągu 24 godzin od powzięcia podejrzenia jego wystąpienia, zgłoszenia takiego przypadku do państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca powzięcia podejrzenia jego wystąpienia.
2. Zgłoszenie zawiera dane osoby, u której podejrzewa się lub rozpoznano wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego:
  - 1) imię i nazwisko;
  - 2) datę urodzenia;
  - 3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru - serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych;
  - 4) płeć;
  - 5) adres miejsca zamieszkania;
  - 6) dane o stanie zdrowia oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru nad występowaniem odczynów poszczepiennych, zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną.
3. Właściwy państwowy inspektor sanitarny:
  - 1) uzupełnia zgłoszenie niepożądanego odczynu poszczepiennego o informacje zebrane w miejscu wykonania szczepienia lub niezwłocznie przekazuje zgłoszenie państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu właściwemu ze względu na miejsce wykonania szczepienia oraz
  - 2) prowadzi rejestr zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych.

4. Rejestr zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych może być prowadzony w formie papierowej lub w systemie elektronicznym, a dane w nim zgromadzone są udostępniane podmiotom, o których mowa w art. 30 ust. 1.
  5. Rejestr zawiera dane osób, u których podejrzewa się lub rozpoznano wystąpienie niepożądanego odczynu poszczepiennego:
    - 1) imię i nazwisko;
    - 2) datę urodzenia;
    - 3) numer PESEL, a w przypadku gdy osobie nie nadano tego numeru - serię i numer paszportu albo numer identyfikacyjny innego dokumentu, na podstawie którego jest możliwe ustalenie danych osobowych;
    - 4) płeć;
    - 5) adres miejsca zamieszkania;
    - 6) dane o stanie zdrowia oraz inne informacje niezbędne do sprawowania nadzoru nad występowaniem odczynów poszczepiennych, zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną;
    - 7) informacje pochodzące z nadzoru indywidualnego.
  6. Koszty świadczeń zdrowotnych, udzielanych w związku z leczeniem niepożądanych odczynów poszczepiennych ubezpieczonych, są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
  7. Koszty świadczeń zdrowotnych, udzielanych w związku z leczeniem niepożądanych odczynów poszczepiennych osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
  8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
    - 1) rodzaje niepożądanych odczynów poszczepiennych i kryteria ich rozpoznawania na potrzeby nadzoru epidemiologicznego,
    - 2) sposób zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych,
    - 3) wzory formularzy zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych,
    - 4) sposób prowadzenia rejestru zgłoszeń niepożądanych odczynów poszczepiennych, udostępniania danych nim objętych oraz okres ich przechowywania- mając na względzie jednolitość rodzajów rozpoznawanych niepożądanych odczynów poszczepiennych i zapewnienie skutecznego nadzoru epidemiologicznego w zakresie występowania tych odczynów.
- [9. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) sposób i tryb finansowania kosztów zgłoszeń, o których mowa w ust. 1,
  - 2) sposób i tryb finansowania kosztów leczenia, o których mowa w ust. 7,
  - 3) sposób dokumentowania udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz terminy rozliczeń
- mając na względzie cele nadzoru epidemiologicznego oraz zapewnienie skutecznego leczenia niepożądanych odczynów poszczepiennych.]
- <9. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów zgłoszeń, o których mowa w ust. 1, mając na względzie cele nadzoru epidemiologicznego.>**

#### Art. 38.

1. Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych w celu zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych, o których mowa w art. 33 i 34, oraz świadczeń zdrowotnych związanych przyczynowo z tymi zakażeniami i chorobami zakaźnymi, udzielonych:
  - 1) ubezpieczonym - są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 2) osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego - są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

[2. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób i tryb finansowania kosztów świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2,
  - 2) sposób dokumentowania udzielonych świadczeń oraz terminy rozliczeń
- mając na względzie dobro pacjenta, zasady i sposób wydatkowania środków oraz zapewnienie skutecznego wykonywania świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2.]

#### Art. 40.

1. Obowiązkowemu leczeniu podlegają osoby chore na:

- 1) gruźlicę płuc;
  - 2) kiłę i rzeżączkę oraz osoby, które miały styczność z chorymi na te choroby.
2. Osoby, które miały styczność z chorymi na gruźlicę płuc w okresie prątkowania, chorymi na kiłę, rzeżączkę, dur brzuszny, chorymi na inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis* lub *Haemophilus influenzae* typ b, podlegają nadzorowi epidemiologicznemu, badaniu klinicznemu, badaniom diagnostycznym, a także w razie potrzeby, profilaktycznemu stosowaniu leków.
3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1 i 2, mogą obejmować również wydawanie leków przez podmiot, który udzielił świadczenia zdrowotnego.
4. Koszty świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz świadczeń zdrowotnych związanych przyczynowo z tymi zakażeniami i chorobami, udzielonych ubezpieczonym, a także koszty leków, o których mowa w ust. 3, są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Koszty świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz świadczeń zdrowotnych związanych przyczynowo z tymi zakażeniami i chorobami zakaźnymi, udzielonych osobom nieposiadającym uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, a także koszty leków, o których mowa w ust. 3, są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

[6. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób i tryb finansowania kosztów świadczeń, o których mowa w ust. 5,
  - 2) sposób dokumentowania udzielonych świadczeń oraz terminy rozliczeń
- mając na względzie dobro pacjenta, zasady i sposób wydatkowania środków oraz zapewnienie skutecznego wykonywania czynności, o których mowa w ust. 1 i 2.]

#### [Art. 68.

*Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 4, art. 6 ust. 2, art. 6 ust. 3, art. 6 ust. 3a, art. 6 ust. 4, art. 6 ust. 9, art. 9 ust. 1, art. 11 ust. 2, art. 12 ust. 6, art. 13 ust. 2, art. 14 ust. 8, art. 16 ust. 5, art. 16 ust. 9, art. 17 ust. 2, art. 19 ust. 3, art. 19 ust. 6, art. 20 ust. 10, art. 21 ust. 7, art. 23 ust. 8, art. 29 ust. 3, art. 31 ust. 5, art. 34 ust. 12 i ustawy, o której mowa w art. 69, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 4 ust. 1, art. 8 ust. 5, art. 10 ust. 2, art. 14 ust. 7, art. 15 ust. 5, art. 17 ust. 10, art. 18 ust. 10, art. 18 ust. 11, art. 20 ust. 4, art. 21 ust. 8, art. 21 ust. 9, art. 22 ust. 2, art. 23 ust. 2, art. 24 ust. 3, art. 24 ust. 6, art. 27 ust. 9, art. 29 ust. 7, art. 30 ust. 5, art. 38 ust. 2, art. 40 ust. 6 niniejszej ustawy, nie dłużej jednak niż przez okres 2 lat od dnia jej wejścia w życie.]*

#### < Art. 68.

**Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 4, art. 6 ust. 2, art. 6 ust. 3, art. 6 ust. 3a, art. 6 ust. 4, art. 6 ust. 9, art. 9 ust. 1, art. 11 ust. 2, art. 13 ust. 2, art. 14**

---

ust. 8, art. 16 ust. 5, art. 17 ust. 2, art. 19 ust. 6, art. 20 ust. 10, art. 21 ust. 7, art. 29 ust. 3, art. 31 ust. 5, art. 34 ust.12 i ustawy, o której mowa w art. 69, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 4 ust. 1, art. 10 ust. 2, art. 14 ust. 7, art. 17 ust. 10, art. 20 ust. 4, art. 21 ust. 9, art. 22 ust. 2, art. 23 ust. 2, art. 24 ust. 3, art. 24 ust. 6, art. 27 ust. 9 i art. 29 ust. 7 niniejszej ustawy, nie dłużej jednak niż przez okres 3 lat od dnia jej wejścia w życie.>