M A T E R I A Ł P O R Ó W N A W C Z Y

do ustawy z dnia 27 października 2017 **r.**

o podstawowej opiece zdrowotnej

(druk nr 634)

USTAWA z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1430)

Art. 56b.

[1. Osoby, o których mowa w art. 56a, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

1) lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a tej ustawy, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej,

2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,

3) lekarza dentysty,

4) szpitala

- w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących jednostkami budżetowymi tworzonymi i nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, albo będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.]

<1. Osoby, o których mowa w art. 56a, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. ...),

2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,

3) lekarza dentysty,

4) szpitala

– w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących jednostkami budżetowymi tworzonymi i nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, albo będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.>

2. W przypadku gdy osoby, o których mowa w ust. 1, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w ust. 1, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Koszty częściowej lub całkowitej odpłatności za leki wydawane osobom, o których mowa w art. 56a, na zasadach i w zakresie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

4. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów leków, o których mowa w ust. 3, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.

Art. 69b.

[1. Żołnierze, o których mowa w art. 69, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

1) lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a tej ustawy, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej,

2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,

3) lekarza dentysty,

4) szpitala

- w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej.]

<1. Żołnierze, o których mowa w art. 69, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, albo osoby pełniącej służbę lub zatrudnionej w podmiocie leczniczym w formie jednostki budżetowej i jednostki wojskowej dla której podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej,

2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,

3) lekarza dentysty,

4) szpitala

– w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej.>

2. W przypadku gdy żołnierze, o których mowa w ust. 1, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w ust. 1, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, kandydatom na żołnierzy zawodowych oraz pełniącym służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i wyposażenie wyrobów medycznych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211), inne niż oznaczone znakiem

"Rp", finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej.

4. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC i wyrobów, o których mowa w ust. 3, wydawanych bezpłatnie, oraz sposób i tryb finansowania ponoszonych kosztów, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.

USTAWA z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, z późn. zm.)

Art. 153.

1. Osobę podlegającą kwalifikacji wojskowej skierowaną za jej zgodą do służby w Straży Granicznej mianuje się funkcjonariuszem w służbie kandydackiej na okres, o którym mowa w art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Funkcjonariusze w służbie kandydackiej mogą pełnić służbę graniczną, prowadzić działania graniczne i wykonywać czynności administracyjno-porządkowe. Funkcjonariusze ci pełnią służbę w systemie skoszarowanym.
3. W przypadku wyrażenia zgody na pełnienie służby przygotowawczej w Straży Granicznej przez funkcjonariusza pełniącego służbę kandydacką, Komendant Główny Straży Granicznej na wniosek komendanta oddziału Straży Granicznej może skrócić okres służby kandydackiej o jedną trzecią.
4. Okres służby kandydackiej zalicza się do okresu służby przygotowawczej, jeżeli przerwa pomiędzy służbą kandydacką a podjęciem służby przygotowawczej nie przekracza trzech miesięcy.
5. Przepisy rozdziałów 8, 10, 11, 13 i 14, dotyczące funkcjonariuszy w służbie przygotowawczej, stosuje się również do funkcjonariuszy w służbie kandydackiej, z wyjątkiem przepisów art. 72, 77 ust. 6, art. 86, 87 ust. 4, art. 112 ust. 1, art. 117, 118, 119 ust. 4 i art. 124.

---

6. Funkcjonariuszowi w służbie kandydackiej przysługuje w okresie tej służby prawo do płatnego urlopu wypoczynkowego w wymiarze łącznie 20 dni kalendarzowych.
7. Funkcjonariuszowi w służbie kandydackiej przysługuje zwrot kosztów podróży na trasie od stałego miejsca pełnienia służby do miejscowości stanowiącej cel podróży i z powrotem.

[7a. Funkcjonariusz w służbie kandydackiej, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ma prawo wyboru:

1) lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a tej ustawy, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej,

2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,

3) lekarza dentysty,

4) szpitala

- spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mających siedzibę w terytorialnym zasięgu działania jednostki organizacyjnej Straży Granicznej.]

<7a. Funkcjonariusz w służbie kandydackiej, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ma prawo wyboru:

1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. …),

2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,

3) lekarza dentysty,

4) szpitala

– spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mających siedzibę w terytorialnym zasięgu działania jednostki organizacyjnej Straży Granicznej.>

7b. W przypadku gdy funkcjonariusze, o których mowa w ust. 7a, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w tym przepisie, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

8. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, warunki zwrotu kosztów podróży, o których mowa w ust. 7. Rozporządzenie powinno określić

rodzaje środków transportu, którymi przejazd uprawnia do zwrotu kosztów podróży, podstawę obliczania należności z tego tytułu oraz terminy ich wypłaty.

9. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, organizację służby w systemie skoszarowanym oraz sposoby jej pełnienia. Rozporządzenie powinno określić podmioty właściwe w sprawach organizacji służby w systemie skoszarowanym, dzienny tok służby oraz rodzaje przepustek przysługujących funkcjonariuszom.

USTAWA z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2017 r. poz. 665, 666, 768 i 1452)

Art. 115.

§ 1. Skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne.

[§ 1a. Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentysty oraz szpitala, określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.]

<§ 1a. Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru:

1) lekarza i pielęgniarki ambulatorium z izbą chorych;

2) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, określone w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. …);

3) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentysty oraz szpitala, określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938).>

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

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

§ 2. Protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zapewnia się skazanemu bezpłatnie, jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary pozbawienia wolności, a w innych wypadkach odpłatnie.

§ 3. Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, warunki i sposób zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dostarczane tym osobom bezpłatnie, a także warunki odpłatności w wypadkach, gdy nie są spełnione przesłanki do uzyskania ich bezpłatnie, mając na względzie ochronę zdrowia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych, ich możliwości zarobkowe oraz prawidłowość wykonywania tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawienie wolności, a także normalne funkcjonowanie w warunkach izolacji więziennej.

§ 4. Świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.

§ 5. Podmioty lecznicze inne niż podmioty, o których mowa w § 4, współdziałają z tymi podmiotami, w zapewnieniu skazanym świadczeń zdrowotnych, gdy konieczne jest w szczególności:

1) natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego;
2) przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego;
3) zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego.

§ 6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, dyrektor zakładu karnego, po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu karnego, może zezwolić skazanemu, na jego koszt, na leczenie przez wybranego przez niego innego lekarza, podmiotu innego niż określony w § 4, oraz na korzystanie z dodatkowych leków i innych wyrobów medycznych.

§ 7. (uchylony).

§ 7a. Skazanemu, o którym mowa w art. 88 § 3 i 6 pkt 2, świadczenia zdrowotne udzielane są w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego. Na wniosek osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego świadczenia zdrowotne mogą być udzielane skazanemu bez obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego.

§ 7b. Przepis § 7a stosuje się odpowiednio, w przypadku gdy świadczenie zdrowotne udzielane jest skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego poza terenem tego zakładu.

§ 8. Skazanemu innemu niż określony w § 7a świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego na wniosek osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, jeżeli jest to konieczne do zapewnienia jej bezpieczeństwa.

§ 9. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, mając na uwadze konieczność zapewnienia osobom pozbawionym wolności świadczeń opieki zdrowotnej także przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą, jeżeli udzielenie takich świadczeń przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności nie jest możliwe, w szczególności z powodu braku wyposażenia zakładów karnych i aresztów śledczych w specjalistyczny sprzęt medyczny.

§ 10. Minister Sprawiedliwości oraz minister właściwy do spraw zdrowia, określą, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki, zakres i tryb współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami, o których mowa w § 4, w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności, gdy konieczne jest w szczególności natychmiastowe udzielenie świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia osoby pozbawionej wolności, przeprowadzenie specjalistycznego badania, leczenia lub rehabilitacji osoby pozbawionej wolności, a także zapewnienie świadczenia zdrowotnego osobie pozbawionej wolności korzystającej z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego lub aresztu śledczego.

USTAWA z dnia 27 lipca 2001 r. – Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2062, z późn. zm.)

Art. 162.

§ 1. Kandydatów na ławników mogą zgłaszać radom gmin prezesi właściwych sądów, stowarzyszenia, inne organizacje społeczne i zawodowe, zarejestrowane na podstawie

przepisów prawa, z wyłączeniem partii politycznych, oraz co najmniej pięćdziesięciu obywateli mających czynne prawo wyborcze, zamieszkujących stale na terenie gminy dokonującej wyboru, w terminie do dnia 30 czerwca ostatniego roku kadencji.

§ 2. Do zgłoszenia kandydata na ławnika dokonanego na karcie zgłoszenia dołącza się następujące dokumenty:

1) informację z Krajowego Rejestru Karnego dotyczącą zgłaszanej osoby;

2) oświadczenie kandydata, że nie jest prowadzone przeciwko niemu postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub przestępstwo skarbowe;

3) oświadczenie kandydata, że nie jest lub nie był pozbawiony władzy rodzicielskiej, a także, że władza rodzicielska nie została mu ograniczona ani zawieszona;

[4) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, wystawione przez lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 i 1807), stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania funkcji ławnika;]

<4) zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia, wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. …), stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania funkcji ławnika;>

5) dwa zdjęcia zgodne z wymogami stosowanymi przy składaniu wniosku o wydanie dowodu osobistego.

§ 3. Do zgłoszenia kandydata na ławnika dokonanego na karcie zgłoszenia przez stowarzyszenie, inną organizację społeczną lub zawodową, zarejestrowaną na podstawie przepisów prawa, dołącza się również aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego albo odpis lub zaświadczenie potwierdzające wpis do innego właściwego rejestru lub ewidencji dotyczące tej organizacji.

§ 4. Do zgłoszenia kandydata na ławnika dokonanego na karcie zgłoszenia przez obywateli dołącza się również listę osób zawierającą imię (imiona), nazwisko, numer ewidencyjny PESEL, miejsce stałego zamieszkania i własnoręczny podpis każdej z pięćdziesięciu osób zgłaszających kandydata.

§ 5. Dokumenty wymienione w § 2 pkt 1-4 powinny być opatrzone datą nie wcześniejszą niż trzydzieści dni przed dniem zgłoszenia, a dokumenty wymienione w § 3 nie wcześniejszą niż trzy miesiące przed dniem zgłoszenia.

---

§ 6. Osobą uprawnioną do składania wyjaśnień w sprawie zgłoszenia kandydata na ławnika przez obywateli jest osoba, której nazwisko zostało umieszczone jako pierwsze na liście, o której mowa w § 4.

§ 7. Koszt opłaty za wydanie informacji z Krajowego Rejestru Karnego oraz opłaty za badanie lekarskie i za wystawienie zaświadczenia lekarskiego ponosi kandydat na ławnika.

§ 8. Koszt opłaty za wydanie aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego albo odpisu lub zaświadczenia z innego właściwego rejestru lub ewidencji ponosi podmiot, którego dotyczy odpis lub zaświadczenie.

§ 9. Rady gmin zasięgają od komendanta wojewódzkiego Policji albo Komendanta Stołecznego Policji informacji o kandydatach na ławników. Informacje o kandydacie na ławnika uzyskuje się i sporządza na zasadach określonych dla informacji o kandydacie do objęcia stanowiska sędziowskiego.

§ 10. Zgłoszenia kandydatów, które wpłynęły do rady gminy po upływie terminu, o którym mowa w § 1, a także zgłoszenia, które nie spełniają wymagań formalnych, o których mowa w § 2-5, pozostawia się bez dalszego biegu. Przywrócenie terminu do zgłoszenia kandydatów jest niedopuszczalne. Pozostawienie zgłoszenia bez dalszego biegu rada gminy stwierdza w drodze uchwały.

§ 11. Minister Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Sądownictwa, określi, w drodze rozporządzenia, sposób postępowania z dokumentami złożonymi radom gmin przy zgłaszaniu kandydatów na ławników, wzór karty zgłoszenia oraz sposób jego udostępniania, mając na uwadze potrzebę udokumentowania przez podmioty zgłaszające spełnianie przez kandydatów na ławników wymogów określonych w ustawie, a także zapewnienia wyboru kandydatów o najwyższych walorach etycznych i intelektualnych, umożliwienia rzetelnej weryfikacji zgłoszeń i przejrzystości działań związanych ze zgłaszaniem kandydatów na ławników, a przez określenie wzoru karty zgłoszenia i sposobu jego udostępniania - potrzebę ujednolicenia procedury zgłaszania, ułatwienia dostępu do wzoru i rozpatrywania zgłoszeń.

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938)

Art. 5.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

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

2) apteka - aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny, z którymi Fundusz zawarł umowę na wydawanie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego objętych refundacją;

2a) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów;

3) członek rodziny - następujące osoby:

   a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej lub rodzinnego domu dziecka, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli uczy się dalej w szkole, zakładzie kształcenia nauczycieli, uczelni lub jednostce naukowej prowadzącej studia doktoranckie - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,

   b) małżonka,

   c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;

3a) działacz opozycji antykomunistycznej - osobę, o której mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych (Dz. U. poz. 693 i 1220 oraz z 2017 r. poz. 1386), o potwierdzonym statusie działacza opozycji antykomunistycznej;

4) felczer ubezpieczenia zdrowotnego - felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

5) inwalida wojenny lub wojskowy - osobę, o której mowa w art. 6-8 lub w art. 30 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2016 r. poz. 871 i 2138 oraz z 2017 r. poz. 2);

5a) cywilna niewidoma ofiara działań wojennych - osobę, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz. U. poz. 1824, z 2010 r. poz. 1465 oraz z 2011 r. poz. 696);

6) instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę - instytucję wypłacającą rentę strukturalną zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych, przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej lub przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich;

7) kombatant - osobę, o której mowa w art. 1-4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2016 r. poz. 1255 oraz z 2017 r. poz. 456 i 1386);

7a) kompleksowość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2, obejmującą niezbędne etapy i elementy procesu ich realizacji, w szczególności strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie albo zakresach;

8) korzystający - organizację, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostkę organizacyjną, o których mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 60 i 573);

9) lek - produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142 i 2003 oraz z 2017 r. poz. 1015 i 1200);

10) (uchylony);

11) lek recepturowy - produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;

12) (uchylony);

13) (uchylony);

<13a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, o którym mowa w art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. …)>

14) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

14a) migracja ubezpieczonych - korzystanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z innymi oddziałami wojewódzkimi Funduszu, lub nabywanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, leków i wyrobów medycznych, bezpłatnie, za opłatą ryczałtową albo za częściową odpłatnością, w aptekach działających na terytorium innych oddziałów wojewódzkich Funduszu;

15) minimalne wynagrodzenie - minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2017 r. poz. 847);

15a) Narodowy Rachunek Zdrowia - zestawienie wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, uwzględniające źródła finansowania ochrony zdrowia, dostawców usług medycznych oraz funkcje tych usług, oparte na zasadach przejrzystości i rzetelności gromadzonych danych;

16) (uchylony);

17) niepełnosprawny - osobę, o której mowa w art. 4-5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 777, 935 i 1428);

17a) nocna i świąteczna opieka zdrowotna - świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej,

w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym;

18) odbywający staż adaptacyjny - wnioskodawcę odbywającego staż adaptacyjny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2016 r. poz. 65);

19) osoba bezdomna wychodząca z bezdomności - osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami o pomocy społecznej;

20) osoba pobierająca emeryturę lub rentę - osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U. poz. 539, z 2003 r. poz. 2273, 2004 r. poz. 873 oraz z 2017 r. poz. 60) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1613, 2016 r. poz. 1579 oraz z 2017 r. poz. 624), oraz osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy;

21) osoba prowadząca działalność pozarolniczą - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;

22) osoba represjonowana - osobę, o której mowa w art. 12 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego;

22a) osoba represjonowana z powodów politycznych - osobę, o której mowa w art. 3 ustawy z dnia 20 marca 2015 r. o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych, o potwierdzonym statusie osoby represjonowanej z powodów politycznych;

23) osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;

24) osoba współpracująca - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;

[25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej - pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;]

<25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej – pielęgniarkę, o której mowa w art. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;>

26) pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego - pielęgniarkę lub położną będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo pielęgniarkę lub położną zatrudnioną lub wykonującą zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

[27) podstawowa opieka zdrowotna - świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;

28) położna podstawowej opieki zdrowotnej - położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowisko-

rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;]

<27) podstawowa opieka zdrowotna – podstawową opiekę zdrowotną, o której mowa w art. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;

28) położna podstawowej opieki zdrowotnej – położną, o której mowa w art. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;>

28a) poradnia przyszpitalna - komórkę organizacyjną podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowaną w tej samej co szpital dzielnicy, o której mowa w ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2016 r. poz. 446, 1579 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 730 i 935) albo w ustawie z dnia 15 marca 2002 r. o ustroju miasta stołecznego Warszawy (Dz. U. z 2015 r. poz. 1438), a w przypadku gmin, w których nie wprowadzono podziału na dzielnice - w tej samej gminie, i tworzącą funkcjonalną całość ze szpitalem, w której są udzielane ambulatoryjne świadczenia zdrowotne odpowiadające, co do rodzaju udzielanych świadczeń, świadczeniom szpitalnym;

29) potrzeby zdrowotne - liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;

29a) program polityki zdrowotnej - zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego;

---

30) program zdrowotny - zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Fundusz;

31) przeciętne wynagrodzenie - przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski";

32) przepisy o koordynacji - przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych określone w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącym wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzającym rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń;

32a) rachunek - fakturę w rozumieniu ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2017 r. poz. 1221) lub rachunek w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2017 r. poz. 201, 648, 768, 935, 1428 i 1537);

32b) skierowanie - skierowanie w postaci elektronicznej, a w postaci papierowej w przypadku:

a) braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, 1579 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 599 i 1524),

b) osoby o nieustalonej tożsamości,

c) skierowania do zakładu opiekuńczo-leczniczego i zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego,

d) skierowania na badania i konsultacje psychologiczne,

e) skierowania z zakresu prawa pracy,

f) skierowania na rehabilitację leczniczą,

g) skierowania, o którym mowa w art. 42b ust. 3;

32c) system IOWISZ - system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;

33) stan nagły - stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60);

33a) transport sanitarny - przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu;

33b) środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego - środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 i 1579 oraz z 2017 r. poz. 1200 i 1458), zwanej dalej "ustawą o refundacji";

34) świadczenie opieki zdrowotnej - świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące;

35) świadczenie gwarantowane - świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie;

36) świadczenie specjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

37) świadczenie zdrowotne rzeczowe - związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;

38) świadczenie towarzyszące - zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usługi transportu oraz transportu sanitarnego, a także zakwaterowanie poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonych dla danego świadczenia gwarantowanego;

39) świadczenie wysokospecjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej lub procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:
   a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,
   b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;
40) świadczenie zdrowotne - działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;
41) świadczeniodawca:
   a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
   b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
   c) (uchylona),
   d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne;
42) procedura medyczna - postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
42a) taryfa świadczeń - zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi im wartościami względnymi, z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych, których zasady finansowania określa ustawa o refundacji;
42b) technologia medyczna - leki, urządzenia, procedury diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w określonych wskazaniach, a także organizacyjne systemy wspomagające, w obrębie których wykonywane są świadczenia zdrowotne;
43) ubezpieczenia społeczne - ubezpieczenia określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
44) ubezpieczenie społeczne rolników - ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;
44a) uprawniony żołnierz lub pracownik - żołnierz lub pracownik wojska, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. z 2014 r. poz. 1510), który

doznał urazu lub zachorował podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa;

44b) weteran poszkodowany - osobę posiadającą status weterana poszkodowanego nadany na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. poz. 1203 oraz z 2017 r. poz. 60);

45) wolontariusz - osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;

46) wyroby medyczne - wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211).

[Art. 28.

1. Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, z późn. zm.) i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

1a. Świadczeniobiorca, dokonując wyboru świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1, dokonuje jednocześnie wyboru lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

1b. Świadczeniobiorca, dokonując wyboru, o którym mowa w ust. 1a, może wybrać:

1) lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy albo u różnych świadczeniodawców, albo

2) lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami.

1c. Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru, o którym mowa w ust. 1 lub 1a, nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 złotych.

1d. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty, o której mowa w ust. 1c, w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

2. Opłata, o której mowa w ust. 1c, stanowi przychód podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.]

Art. 32a.

[1. Świadczeniobiorca, u którego lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania, o którym mowa w art. 32.]

<1. Świadczeniobiorca, u którego lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania, o którym mowa w art. 32.>

2. Świadczeniobiorca, u którego:

1) w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy,

2) lekarz udzielający świadczeń szpitalnych lub świadczeń w ramach programów zdrowotnych stwierdził nowotwór złośliwy lub miejscowo złośliwy

- ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego bez skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 lub art. 58.

2a. Świadczeniodawca realizujący leczenie, o którym mowa w ust. 2, wyznacza koordynatora leczenia onkologicznego, do którego zadań należy udzielanie świadczeniobiorcy informacji o organizacji procesu leczenia oraz koordynacja tego procesu, w tym zagwarantowanie współpracy między podmiotami w ramach kompleksowej opieki nad

świadczeniobiorcą przez zapewnienie przepływu informacji na wszystkich etapach procesu leczenia.

3. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka skóry.

[4. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.]

<4. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wydaje świadczeniobiorcy odpowiednio lekarz podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych, albo świadczeń w ramach programów zdrowotnych.>

5. (uchylony).

6. (uchylony).

7. Świadczeniobiorca zamierzający skorzystać z diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, u którego świadczenia te będą udzielane.

8. W przypadku konieczności zmiany świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 7, karta diagnostyki i leczenia onkologicznego jest wydawana świadczeniobiorcy.

9. (uchylony).

10. (uchylony).

11. (uchylony).

12. (uchylony).

13. (uchylony).

14. (uchylony).

15. (uchylony).

[16. Oddział wojewódzki Funduszu, na wniosek odpowiednio świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lub świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub świadczeń szpitalnych, lub programów zdrowotnych, przydziela zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy przydzielają lekarzom udzielającym u nich świadczeń opieki zdrowotnej zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.]

<16. Oddział wojewódzki Funduszu, na wniosek odpowiednio świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lub świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub świadczeń szpitalnych, lub programów zdrowotnych, przydziela zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Świadczeniodawcy przydzielają lekarzom udzielającym u nich świadczeń opieki zdrowotnej zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.>

17. Zakresy liczb będące unikalnymi numerami identyfikującymi karty diagnostyki i leczenia onkologicznego mogą być wykorzystane tylko raz.

18. (uchylony).

Art. 32b.

1. Świadczeniodawca sporządzający dokumentację medyczną dotyczącą diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego ma obowiązek sporządzić i przekazać nieodpłatnie świadczeniobiorcy posiadającemu kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego kopię tej dokumentacji, za której wykonanie świadczeniodawca nie pobiera opłaty, o której mowa w art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524). Kopia dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego stanowi załącznik do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

2. W przypadku:

   1) gdy w wyniku diagnostyki onkologicznej nie stwierdzono nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, świadczeniobiorca pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, który wykonywał tę diagnostykę;

   2) zakończenia leczenia onkologicznego, świadczeniobiorca pozostawia kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego u świadczeniodawcy, który zakończył to leczenie.

3. *[W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust.]*

<W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczeniodawca przekazuje kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego wraz z kopią dokumentacji medycznej dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanemu przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.>

1. Kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego dołącza się do dokumentacji medycznej.

4. Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego zawiera:

1) oznaczenie świadczeniobiorcy pozwalające na ustalenie jego tożsamości:

a) nazwisko i imię (imiona),

b) datę urodzenia,

c) oznaczenie płci,

d) adres miejsca zamieszkania (ulica, numer domu i lokalu, kod pocztowy, miejscowość),

e) numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, a w przypadku noworodka - numer PESEL jednego z rodziców lub opiekuna prawnego oraz numer kolejny noworodka,

f) w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz adres jego miejsca zamieszkania,

g) podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,

h) numer telefonu,

i) adres poczty elektronicznej;

2) oznaczenie świadczeniodawcy, w tym imię i nazwisko lekarza, który udzielił świadczeń opieki zdrowotnej;

[3) nazwę i adres miejsca udzielania świadczeń oraz imię i nazwisko lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, wskazanego przez świadczeniobiorcę w deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1;]

<3) nazwę i adres miejsca udzielania świadczeń oraz imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanego przez świadczeniobiorcę

w deklaracji wyboru, o której mowa w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej;>

4) dane lekarza biorącego udział w ustaleniu planu leczenia onkologicznego:

a) imię i nazwisko,

b) numer prawa wykonywania zawodu;

5) dane koordynatora leczenia onkologicznego:

a) imię i nazwisko,

b) numer telefonu służbowego,

c) adres służbowej poczty elektronicznej;

6) dane inne niż określone w pkt 1-5:

a) datę sporządzenia karty,

b) datę decyzji o założeniu karty,

c) tryb wydania karty,

d) datę otrzymania karty przez świadczeniobiorcę,

e) dane o skierowaniu do lekarza specjalisty lub szpitala,

f) dane dotyczące diagnostyki onkologicznej,

g) rozpoznanie,

h) dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej,

i) dane dotyczące planu leczenia onkologicznego,

j) dane dotyczące leczenia onkologicznego,

k) unikalny numer identyfikacyjny.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, mając na celu zapewnienie właściwego przepływu informacji dotyczących realizacji diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego.

Art. 43a.

[1. Świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, ustalonym w sposób określony w ust. 2, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał

wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.]

<1. Świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, ustalonym w sposób określony w ust. 2, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.>

2. Minister właściwy do spraw zdrowia wskazuje spośród leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych określonych w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, które są wydawane bezpłatnie świadczeniobiorcom, o których mowa w ust. 1, mając na uwadze:
   1) zaspokojenie potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców, o których mowa w ust. 1;
   2) dostępność i bezpieczeństwo stosowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
   3) roczny limit wydatków przewidziany na ten cel w ustawie budżetowej na dany rok;
   4) stosunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w porównaniu do stosunku kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych objętych tym wykazem.
3. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, o których mowa w ust. 1, są finansowane z budżetu państwa w części stanowiącej odpłatność świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 6 ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy o refundacji, obejmującej kwotę do wysokości limitu finansowania oraz dopłatę w wysokości różnicy między ceną detaliczną danego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego a wysokością limitu finansowania.
4. Przepisy ust. 3 nie naruszają obowiązków Funduszu w zakresie wysokości finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z uprawnień, o których mowa w art. 43 i art. 44-46 oraz art. 7a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania

wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2004 r. poz. 20, z późn. zm.), w przypadku, o którym mowa w art. 44a ust. 2 ustawy o refundacji.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania z budżetu państwa leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 1, mając na celu zapewnienie gospodarności i rzetelności wydatkowania środków publicznych oraz skuteczności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Art. 48a.

1. Minister oraz jednostka samorządu terytorialnego opracowują projekt programu polityki zdrowotnej na podstawie map potrzeb zdrowotnych, o których mowa w art. 95a ust. 1 i 6, oraz dostępnych danych epidemiologicznych.
2. Program polityki zdrowotnej określa:
   1) nazwę programu polityki zdrowotnej;
   2) okres realizacji programu polityki zdrowotnej;
   3) podmiot opracowujący program polityki zdrowotnej;
   4) podstawę prawną opracowania programu polityki zdrowotnej;
   5) opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej wraz z danymi epidemiologicznymi i opisem obecnego postępowania;
   6) wskazanie rekomendacji, o której mowa w art. 48aa ust. 5 lub 6, której zalecenia uwzględnia program polityki zdrowotnej;
   7) cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji;
   8) charakterystykę populacji docelowej, w tym kryteria kwalifikacji do udziału w programie i kryteria wyłączenia, oraz charakterystykę interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej, w tym sposób udzielania świadczeń w ramach programu, a także wskazanie, czy i w jaki sposób interwencje te są zgodne z przepisami dotyczącymi świadczeń gwarantowanych oraz czy są zgodne ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej;
   9) organizację programu polityki zdrowotnej, w szczególności etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów, oraz warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych;

10) sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej;
11) budżet programu polityki zdrowotnej, w tym koszty jednostkowe i całkowite oraz źródła finansowania programu polityki zdrowotnej.

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

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

4) charakterystykę interwencji zrealizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej;
5) wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej;
6) koszty realizacji programu polityki zdrowotnej;
7) informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej, oraz o podjętych w związku z nimi działaniach modyfikujących.

15. Raport, o którym mowa w ust. 13, sporządza się w terminie 3 miesięcy od dnia zakończenia realizacji programu polityki zdrowotnej i niezwłocznie przekazuje do Agencji oraz udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej podmiotu, o którym mowa w ust. 1.

16. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór programu polityki zdrowotnej oraz wzór raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, wraz z opisem sposobu sporządzenia projektu programu oraz raportu, biorąc pod uwagę zapewnienie jednolitości tworzenia programów polityki zdrowotnej i konieczność przedstawienia wyników ich realizacji.

<17. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, wdraża, realizuje i finansuje program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" przyjętego na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. poz. 1860).

18. Do programu polityki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 17, nie stosuje się przepisów ust. 1–16.>

[Art. 55.

1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 6 odpowiednio dla lekarza, o którym mowa w ust. 2a, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom, w kosztach własnej działalności, zgodnie z zakresem, o którym mowa w ust. 1, w szczególności dostęp do:

1) opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu chorego;

2) badań diagnostycznych.

2a. Świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej może udzielać lekarz, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej:

1) posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub

2) odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub

3) posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub

4) posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub

5) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub

6) posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii

- w zakresie swoich kwalifikacji potwierdzonych odpowiednimi dokumentami, z zastrzeżeniem art. 14 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1172), zwany dalej "lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej".

2b. Lekarze, o których mowa w ust. 2a pkt 4-6, są obowiązani w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej ukończyć kurs w dziedzinie medycyny rodzinnej organizowany przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Koszty kursu pokrywa lekarz lub świadczeniodawca, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

3. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1-3 i 5, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1.

3a. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 3, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez umieszczenie informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy.

---

5. Osoba udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej poza siedzibą świadczeniodawcy i jednostkami organizacyjnymi świadczeniodawcy korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń oraz dobro pacjenta.

Art. 56.

1. Wybór, o którym mowa w art. 28 ust. 1 i 1a, świadczeniobiorca potwierdza oświadczeniem woli, zwanym dalej "deklaracją wyboru", będącym dokumentem w postaci:

1) papierowej lub

2) elektronicznej, opatrzonym kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

1a. Dokonanie przez świadczeniobiorcę wyboru, o którym mowa w ust. 1, nie wiąże go w zakresie świadczeniodawcy udzielającego świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

1b. Dokonanie przez świadczeniobiorcę wyboru, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić za pomocą systemu, o którym mowa w art. 10 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

2. Deklaracja wyboru zawiera:

1) dane dotyczące świadczeniobiorcy:

a) imię i nazwisko,

b) nazwisko rodowe,

c) datę urodzenia,

d) płeć,

e) numer PESEL, o ile taki został nadany,

f) miejsce nauki - w przypadku uczniów i studentów,

g) adres zamieszkania,

h) numer telefonu;

2) określenie, który raz w danym roku dokonywany jest wybór;

3) numer karty ubezpieczenia zdrowotnego - w przypadku ubezpieczonych;

4) kod oddziału wojewódzkiego Funduszu;

4a) dane dotyczące świadczeniodawcy, w tym jego nazwę (firmę), siedzibę i miejsce udzielania świadczeń;

5) imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej;

6) datę dokonania wyboru;

7) podpis świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;

8) podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, wzory deklaracji wyboru, uwzględniając możliwość wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej udzielających świadczeń u tego samego świadczeniodawcy lub u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami oraz konieczność zapewnienia przejrzystości danych zawartych w deklaracji wyboru.

4. Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany:

1) udostępnić świadczeniobiorcy deklarację wyboru i sprawdzić poprawność jej wypełnienia;

2) przed przyjęciem deklaracji wyboru sprawdzić uprawnienia do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej określonych w ustawie.

5. Wypełnione deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w swojej siedzibie, zapewniając ich dostępność świadczeniobiorcom, którzy je złożyli, z zachowaniem wymagań wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

5a. W przypadku, o którym mowa w ust. 1b, deklaracje wyboru świadczeniodawca przechowuje w module podstawowym, o którym mowa w art. 14 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

6. W przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy deklaracje wyboru zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru

innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy.]

<Art. 132b.

1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej są udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–3 i 5, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1.

2. W przypadku braku zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy dotyczące konkursu ofert i rokowań.>

Art. 136c.

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a, są finansowane w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 2.
2. Wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia ustala się za okres rozliczeniowy określony w umowie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy.
3. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:
   1) wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 131b ust. 1;
   2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
   a) liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
   b) cen udzielonych świadczeń,
   c) parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
   3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

---

4. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu systemu zabezpieczenia w sytuacjach związanych z przerwą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2, albo w innych uzasadnionych sytuacjach związanych ze zmianą zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy, która **<będzie mieć albo>** miała wpływ na dane określone w ust. 3 pkt 2, jest możliwe dokonanie odpowiedniej korekty wysokości ryczałtu.
5. Szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu zabezpieczenia określi Prezes Funduszu.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
   1) sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia,
   2) wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, o których mowa w art. 136 ust. 2 pkt 2
   - mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia.

Art. 137.

1. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmują:
   1) przedmiot umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
   [2) sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;]
   <2) sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym finansowanie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 159 ust. 2b;>
   3) tryb ustalania kwoty zobowiązania, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych na okres dłuższy niż rok;
   4) zakres i warunki odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu nieprawidłowego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
   5) przesłanki, sposób ustalania wysokości oraz tryb nakładania kar umownych;
   6) przesłanki i tryb rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki jej wygaśnięcia.

---

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia właściwego wykonania umów.

Art. 159.

1. Przepisów art. 136 ust. 1 pkt 5 oraz przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami:
   1) udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
   2) wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej;
   3) do umów, o których mowa w art. 41 ust. 1 ustawy o refundacji.
2. W przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, zawiera się umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu.

2a. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawiera się na czas nieoznaczony.

<2b. Umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie:
   1) koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą z uwzględnieniem innych zakresów świadczeń, o których mowa w art. 15 ust. 2, oraz osoby, o której mowa w art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (budżet powierzony);
   2) profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa);
   3) oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).>

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zamieszcza na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz udostępnia w siedzibie tego oddziału informacje o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 2.

---

4. Fundusz informuje o zabezpieczeniu świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, poprzez zamieszczenie informacji na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania, jakim powinien odpowiadać lokal podmiotu wykonującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne dostępne na zlecenie, w szczególności określając jego organizację i wyposażenie, uwzględniając rodzaj wykonywanych czynności oraz zapewnienie dostępności dla świadczeniobiorców.

[Art. 244.

Oświadczenia woli ubezpieczonych o wyborze lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, złożone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują ważność.]

USTAWA z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2016 r. poz. 1866, 2003 i 2173)

Art. 7.

[1. Badania lekarskie u osób, o których mowa w art. 6 ust. 1, przeprowadzają lekarze, o których mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, lub lekarze wykonujący zadania służby medycyny pracy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184).]

<1. Badania lekarskie u osób, o których mowa w art. 6 ust. 1, przeprowadzają lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. …), lub lekarze wykonujący zadania służby medycyny pracy, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184 oraz z 2017 r. poz. 60).>

2. Lekarze, o których mowa w ust. 1, wydają oraz przekazują osobie badanej, o której mowa w art. 6 ust. 1 pkt 4 i 5, oraz pracodawcy albo osobie zlecającej wykonanie prac orzeczenie lekarskie:

1) o zdolności do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby;
2) o czasowych lub trwałych przeciwwskazaniach do wykonywania prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia lub choroby zakaźnej na inne osoby.

3. Lekarze, o których mowa w ust. 1, wpisują treść orzeczenia lekarskiego, o którym mowa w ust. 2, do karty badań do celów sanitarno-epidemiologicznych.
4. Badania laboratoryjne u osób, o których mowa w art. 6 ust. 1, przeprowadzają, akredytowane w zakresie przedmiotu badania na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2016 r. o systemach oceny zgodności i nadzoru rynku, laboratoria:
   1) (2) Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Państwowej Inspekcji Sanitarnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Wojskowej Inspekcji Sanitarnej lub inne laboratoria, na podstawie umów zawieranych z tymi organami;
   2) jednostek właściwych w zakresie chorób płuc i gruźlicy, w przypadku badań w kierunku gruźlicy, na podstawie umów zawieranych z właściwymi miejscowo organami, o których mowa w pkt 1.
5. Organy, o których mowa w ust. 4 pkt 1, dokonują wyboru laboratoriów na podstawie przepisów o zamówieniach publicznych, z wyłączeniem laboratoriów tych organów.

USTAWA z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260)

Art. 4.

1. Podmiotami leczniczymi są:
   1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, z późn. zm.) we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
   2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
   [3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego,

posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.),]

<3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. …)>

4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2016 r. poz. 371, 1079 i 1311),

5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,

5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5,

6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,

7) jednostki wojskowe

- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

2. Określone ustawą prawa i obowiązki podmiotu leczniczego dotyczą wyłącznie wykonywanej przez ten podmiot działalności leczniczej i są wykonywane przez kierownika tego podmiotu, chyba że ustawa stanowi inaczej.

3. Do instytutów badawczych, o których mowa w ust. 1 pkt 4, stosuje się, w zakresie nieuregulowanym ustawą z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych:

1) przepisy art. 3, art. 9-17, art. 21 ust. 1 i 2, art. 22, art. 23, art. 24 ust. 1, 2 i 4, art. 25-36 - w zakresie świadczeń zdrowotnych i podejmowania działań w zakresie promocji zdrowia;

2) przepisy art. 93-99 - w zakresie czasu pracy pracowników tych instytutów;
3) przepisy art. 100-113 - w zakresie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
4) przepisy art. 114-117 - w zakresie dotyczącym przekazywania środków finansowych;
5) przepisy art. 118 ust. 1 pkt 2 i ust. 3 i 4, art. 119 oraz art. 122 - w zakresie dotyczącym kontroli pod względem medycznym.

Art. 14.

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą podaje do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.
2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek pacjenta, udziela:
   1) szczegółowych informacji na temat udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności informacji dotyczących stosowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych oraz jakości i bezpieczeństwa tych metod;
   2) niezbędnych informacji na temat zawartych umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 25 ust. 1;
   3) informacji objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczącym tego podmiotu.
3. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przekazuje Krajowemu Punktowi Kontaktowemu do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej lub oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, **<(Dz. U. z 2017 r. poz. 1938)>** na ich wniosek, dane dotyczące świadczeń zdrowotnych udzielonych wskazanym we wniosku pacjentom z innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cen tych świadczeń.
4. Dane określone w ust. 3 przekazuje się w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.

<Art. 15a.

Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych poza zakładem leczniczym korzysta z ochrony prawnej przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997

r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137, z późn. zm.) dla funkcjonariuszy publicznych.>

Art. 22.

1. Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą w szczególności warunków:
   1) ogólnoprzestrzennych;
   2) sanitarnych;
   3) instalacyjnych.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, a także rodzajem wykonywanej działalności i zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

3a. Wymagań określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie ust. 3 nie stosuje się do pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw informatyzacji, może określić, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia oraz systemy teleinformatyczne lub systemy łączności podmiotu wykonującego działalność leczniczą udzielającego wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, kierując się potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, a także rodzajem wykonywanej działalności i zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

4. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać

pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności, kierując się potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego tych osób, a także rodzajem prowadzonej działalności i zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

4a. Minister Obrony Narodowej określi, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i obiekty podmiotów leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej,

[2) procedury i standardy postępowania medycznego w podmiotach leczniczych określonych w pkt 1]

<2) standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, o których mowa w pkt 1.>

- kierując się potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego osób, a także rodzajem i miejscem prowadzonej działalności oraz zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

4b. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stosuje standardy organizacyjne opieki zdrowotnej, jeżeli zostały określone na podstawie ust. 5 dla dziedziny medycyny objętej zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten podmiot wykonujący działalność leczniczą lub dla rodzaju wykonywanej przez niego działalności leczniczej.

4c. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

USTAWA z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2017 r. poz. 697 i 1292)

Art. 42.

1. Pełnienie funkcji rodziny zastępczej oraz prowadzenie rodzinnego domu dziecka może być powierzone osobom, które:
   1) dają rękojmię należytego sprawowania pieczy zastępczej;
   2) nie są i nie były pozbawione władzy rodzicielskiej, oraz władza rodzicielska nie jest im ograniczona ani zawieszona;
   3) wypełniają obowiązek alimentacyjny - w przypadku gdy taki obowiązek w stosunku do nich wynika z tytułu egzekucyjnego;
   4) nie są ograniczone w zdolności do czynności prawnych;
   5) są zdolne do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem, co zostało potwierdzone:
   [a) zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz]
   <a) zaświadczeniem lekarskim o stanie zdrowia wystawionym przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. …), oraz>
   b) opinią o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka wystawioną przez psychologa, który posiada co najmniej wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku psychologia oraz 2-letnie doświadczenie w poradnictwie rodzinnym;
   6) przebywają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   7) zapewnią odpowiednie warunki bytowe i mieszkaniowe umożliwiające dziecku zaspokajanie jego indywidualnych potrzeb, w tym:
   a) rozwoju emocjonalnego, fizycznego i społecznego,
   b) właściwej edukacji i rozwoju zainteresowań,
   c) wypoczynku i organizacji czasu wolnego.
2. Pełnienie funkcji rodziny zastępczej niezawodowej lub zawodowej oraz prowadzenie rodzinnego domu dziecka może być powierzone osobom, które nie były skazane prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo.
3. W przypadku rodziny zastępczej niezawodowej co najmniej jedna osoba tworząca tę rodzinę musi posiadać stałe źródło dochodów.
4. Rodzina zastępcza oraz prowadzący rodzinny dom dziecka sprawujący pieczę zastępczą nad dzieckiem mogą czasowo, za zgodą sądu, sprawować pieczę zastępczą nad tym dzieckiem poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

---

5. Sprawowanie pieczy zastępczej nad dzieckiem może być czasowo powierzone przez sąd rodzinie zastępczej lub prowadzącemu rodzinny dom dziecka, którzy nie zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w przypadku gdy rodzina zastępcza lub prowadzący rodzinny dom dziecka sprawują pieczę zastępczą nad rodzeństwem tego dziecka.

5a. Przed wydaniem rozstrzygnięcia w sprawach, o których mowa w ust. 4 i 5, sąd zasięga opinii właściwego starosty.

6. Wydając opinie, o których mowa w ust. 5a, starosta bierze pod uwagę opinię organizatora rodzinnej pieczy zastępczej, a także możliwość realizacji planu pomocy dziecku.

6a. Starosta może upoważnić kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie do wydawania opinii, o których mowa w ust. 5a.

7. Okoliczności, o których mowa w ust. 1-3, ustala się na podstawie przeprowadzonej przez organizatora rodzinnej pieczy zastępczej analizy sytuacji osobistej, rodzinnej i majątkowej.

Art. 46.

1. Starosta prowadzi rejestr danych o osobach:
   1) zakwalifikowanych do pełnienia funkcji rodziny zastępczej zawodowej, rodziny zastępczej niezawodowej lub do prowadzenia rodzinnego domu dziecka;
   2) pełniących funkcję rodziny zastępczej zawodowej lub rodziny zastępczej niezawodowej oraz prowadzących rodzinny dom dziecka.

2. Rejestr danych, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

1) imię i nazwisko;
   2) datę urodzenia;
   3) obywatelstwo;
   4) adres miejsca zamieszkania;
   5) stan cywilny;
   6) wykształcenie;
   7) zawód;
   8) miejsce pracy;
   9) źródła dochodu;
   10) dane o warunkach mieszkaniowych;

11) dane niezbędne do stwierdzenia, że osoba może sprawować właściwą opiekę nad dzieckiem, wynikające z zaświadczenia lekarskiego oraz opinii, o których mowa w art. 42 ust. 1 pkt 5;

12) zakres ukończonych szkoleń;

13) liczbę umieszczonych dzieci i osób, o których mowa w art. 37 ust. 2 - w przypadku osób, o których mowa w ust. 1 pkt 2;

14) informację o pełnieniu przez rodzinę zastępczą zawodową funkcji pogotowia rodzinnego lub funkcji rodziny zastępczej zawodowej specjalistycznej.

[3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do poinformowania starosty o każdej zmianie danych, o których mowa w ust. 2, oraz do przedstawiania co 2 lata zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz opinii o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, wystawionej przez psychologa.]

<3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do poinformowania starosty o każdej zmianie danych, o których mowa w ust. 2, oraz do przedstawiania co 2 lata zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia, wystawionego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, oraz opinii o posiadaniu predyspozycji i motywacji do pełnienia funkcji rodziny zastępczej lub prowadzenia rodzinnego domu dziecka, wystawionej przez psychologa.>

4. Dane z rejestru, o którym mowa w ust. 2, starosta przekazuje do właściwego sądu.

5. Starosta może upoważnić kierownika powiatowego centrum pomocy rodzinie do prowadzenia rejestru danych, o którym mowa w ust. 1.