Dz.U. 2018 poz. 2190

OBWIESZCZENIE
MARSZAŁKA SEJMU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

z dnia 9 listopada 2018 r.

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej

1. Na podstawie art. 16 ust. 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1523) ogłasza się w załączniku do niniejszego obwieszczenia jednolity tekst ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160), z uwzględnieniem zmian wprowadzonych:

1) ustawą z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 138),

2) ustawą z dnia 6 marca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej (Dz. U. poz. 650),

3) ustawą z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1128),

4) ustawą z dnia 7 czerwca 2018 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1375),

5) ustawą z dnia 3 lipca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1669),

6) ustawą z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532),

7) ustawą z dnia 5 lipca 2018 r. o zarządzie sukcesyjnym przedsiębiorstwem osoby fizycznej (Dz. U. poz. 1629),

8) ustawą z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1693)

oraz zmian wynikających z przepisów ogłoszonych przed dniem 7 listopada 2018 r.

2. Podany w załączniku do niniejszego obwieszczenia tekst jednolity ustawy nie obejmuje:

1) art. 392 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 138), który stanowi:

„Art. 392. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2018 r., z wyjątkiem art. 346, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.”;

2) art. 236 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej (Dz. U. poz. 650), który stanowi:

„Art. 236. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

1) art. 184, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2018 r.;

2) art. 185, który wchodzi w życie z dniem 11 lipca 2019 r.;

3) art. 188, który wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r.”;

3) art. 4 ust. 2 i art. 6 ustawy z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1128), które stanowią:

Art. 4. „2. Do postępowań w sprawie dotacji, o której mowa w art. 115 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 2, na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3 tej ustawy, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.”

„Art. 6. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.”;

4) odnośnika nr 1 oraz art. 10, art. 11 i art. 18 ustawy z dnia 7 czerwca 2018 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1375), które stanowią:

„[1)] Niniejsza ustawa w zakresie swojej regulacji wdraża:

1) dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 r. w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. Urz. WE L 311 z 28.11.2001, str. 67 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne rozdz. 13, t. 27, str. 69, Dz. Urz. UE L 33 z 08.02.2003, str. 30 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne rozdz. 15, t. 7, str. 346, Dz. Urz. UE L 159 z 27.06.2003, str. 46 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne rozdz. 13, t. 31, str. 253, Dz. Urz. UE L 136 z 30.04.2004, str. 34 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne rozdz. 13, t. 34, str. 262, Dz. Urz. UE L 136 z 30.04.2004, str. 85 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne rozdz. 13, t. 34, str. 313, Dz. Urz. UE L 230 z 24.08.2006, str. 12, Dz. Urz. UE L 378 z 27.12.2006, str. 1, Dz. Urz. UE L 324 z 10.12.2007, str. 121, Dz. Urz. UE L 81 z 20.03.2008, str. 51, Dz. Urz. UE L 87 z 31.03.2009, str. 174, Dz. Urz. UE L 168 z 30.06.2009, str. 33, Dz. Urz. UE L 242 z 15.09.2009, str. 3, Dz. Urz. UE L 348 z 31.12.2010, str. 74, Dz. Urz. UE L 174 z 01.07.2011, str. 74, Dz. Urz. UE L 131 z 22.05.2012, str. 11, Dz. Urz. UE L 276 z 21.10.2011, str. 63, Dz. Urz. UE L 299 z 27.10.2012, str. 1 oraz Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1);

2) dyrektywę Komisji 2003/94/WE z dnia 8 października 2003 r. ustanawiającą zasady i wytyczne dobrej praktyki wytwarzania w odniesieniu do produktów leczniczych stosowanych u ludzi oraz produktów leczniczych stosowanych u ludzi, znajdujących się w fazie badań (Dz. Urz. UE L 262 z 14.10.2003, str. 22 – Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne rozdz. 13, t. 32, str. 424 oraz Dz. Urz. UE L 238 z 16.09.2017, str. 44);

3) dyrektywę Komisji (UE) 2017/1572 z dnia 15 września 2017 r. uzupełniającą dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do zasad i wytycznych dobrej praktyki wytwarzania produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. Urz. UE L 238 z 16.09.2017, str. 44). ”

„Art. 10. 1. Do postępowań w sprawie udzielenia zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego oraz postępowań w sprawie wpisu do Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Do postępowań w sprawie wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

3. Organ prowadzący postępowanie w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy wzywa podmiot, który wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia albo wpis do Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi lub rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4, do jego uzupełnienia zgodnie z przepisami odpowiednio ustawy zmienianej w art. 1 lub art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 11. 1. Przedsiębiorcy, którzy w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy posiadają zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego lub są wpisani do Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi oraz są jednocześnie wpisani do rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4, są obowiązani, w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy:

1) poinformować organ wydający zezwolenie lub dokonujący wpisu do Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi o rezygnacji z prowadzonej działalności objętej zezwoleniem lub wpisem do rejestru albo

2) wystąpić z wnioskiem o wykreślenie z rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4.

2. W przypadku niepodjęcia czynności, o których mowa w ust. 1, zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej, hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego wygasa, a podmiot wpisany do Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi podlega wykreśleniu z tego rejestru z dniem upływu terminu określonego w ust. 1.”

„Art. 18. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

1) art. 14–17, które wchodzą w życie z dniem ogłoszenia, z mocą od dnia 1 stycznia 2017 r.;

2) art. 1 pkt 3 i 4, które wchodzą w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia;

3) art. 1 pkt 13 w zakresie art. 48 ust. 5, pkt 14 oraz art. 5, które wchodzą w życie z dniem 9 lutego 2019 r.”;

5) art. 350 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1669), który stanowi:

„Art. 350. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r., z wyjątkiem:

1) art. 1 pkt 1, art. 42 pkt 2 lit. b oraz art. 334 ust. 2, które wchodzą w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia;

2) art. 19 pkt 3 lit. b w zakresie dodawanego w art. 21 w ust. 1 pkt 39c, art. 120 pkt 1, art. 127 pkt 33–36 i 39 oraz art. 167, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.”;

6) art. 12 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532), który stanowi:

„Art. 12. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

1) art. 1 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia, z mocą od dnia 1 lipca 2018 r.;

2) art. 1 pkt 1, pkt 3 lit. a i b w zakresie art. 97 ust. 8a zdanie drugie i pkt 4 w zakresie art. 116 ust. 1 pkt 5 oraz art. 11, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.;

3) art. 3 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2028 r.”;

7) art. 125 i art. 135 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zarządzie sukcesyjnym przedsiębiorstwem osoby fizycznej (Dz. U. poz. 1629), które stanowią:

„Art. 125. Przepisy ustawy stosuje się, jeżeli śmierć przedsiębiorcy nastąpiła po dniu poprzedzającym dzień wejścia w życie niniejszej ustawy.”

„Art. 135. Ustawa wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

1) art. 30, który wchodzi w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia;

2) art. 122, który wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r.”;

8) art. 28 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1693), który stanowi:

„Art. 28. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 3 i art. 25, które wchodzą w życie po upływie 12 miesięcy od dnia ogłoszenia.”.

Marszałek Sejmu: *M. Kuchciński*

Załącznik do obwieszczenia Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 9 listopada 2018 r. (poz. 2190)

USTAWA

z dnia 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej[1)]

DZIAŁ I
Przepisy ogólne

Art. 1. Ustawa określa:

1) zasady wykonywania działalności leczniczej;

2) zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami;

3) zasady prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;

4) normy czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych;

5) zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.

Art. 2. 1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

1) dokumentacja medyczna – dokumentację medyczną, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524 oraz z 2018 r. poz. 1115 i 1515);

1a) jednostka wojskowa – jednostkę organizacyjną niebędącą jednostką budżetową, dla której podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, w której są udzielane świadczenia zdrowotne, realizującą zadania także poza granicami państwa na podstawie 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);

2) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;

3) pacjent – pacjenta w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

4) podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą – podmiot leczniczy wymieniony w art. 4 ust. 1 pkt 2, 3 i 7;

5) podmiot wykonujący działalność leczniczą – podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4, oraz lekarza lub pielęgniarkę wykonujących zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową, o której mowa w art. 5;

6) podmiot tworzący – podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej;

7) promocja zdrowia – działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu;

8) (uchylony)

9) szpital – zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne;

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

11) świadczenie szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;

[1)] Przepisy niniejszej ustawy wdrażają postanowienia dyrektywy 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. Urz. UE L 299 z 18.11.2003; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 5, t. 4, str. 381).

12) stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne – świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach;

13) uczelnia medyczna – publiczną uczelnię medyczną albo publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego;

14) zakład leczniczy – zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej.

2. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

1) kierowniku bez bliższego określenia – rozumie się przez to także zarząd spółki kapitałowej, a w przypadku innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą – osobę uprawnioną do kierowania tymi podmiotami i ich reprezentowania na zewnątrz, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej;

2) działalności leczniczej w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne bez bliższego określenia – rozumie się przez to działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, jak i działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne;

3) pielęgniarce – rozumie się przez to także położną;

4) lekarzu – rozumie się przez to także lekarza dentystę.

3. Zakład leczniczy jest jednostką lokalną w rozumieniu art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 997, 1000, 1629 i 1669), dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym, o którym mowa w art. 24.

Art. 3. 1. Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

2. Działalność lecznicza może również polegać na:

1) promocji zdrowia lub

2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

2a. Czynności, o których mowa w ust. 2, mogą być wykonywane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

3. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może uczestniczyć, a podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.

4. W ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej, wychowankom regionalnych placówek opiekuńczo-terapeutycznych lub interwencyjnych ośrodków preadopcyjnych, zlokalizowana na terenie tych podmiotów.

Art. 4. 1. Podmiotami leczniczymi są:

1)[2)] przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018 r. poz. 646, 1479, 1629 i 1633) 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 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. 2217 oraz z 2018 r. poz. 1000 i 1544),

4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2018 r. poz. 736 i 1669),

[2)] W brzmieniu ustalonym przez art. 143 pkt 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej (Dz. U. poz. 650), która weszła w życie z dniem 30 kwietnia 2018 r.

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. 5. 1. Lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.

2. Działalność lecznicza:

1) lekarzy może być wykonywana w formie:
   a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,
   b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska,

2) pielęgniarki może być wykonywana w formie:
   a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład,
   b) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek

– zwanych dalej „praktykami zawodowymi”.

3. Wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

Art. 6. 1. Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę może, z zastrzeżeniem przepisów ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1182, 1669, 1735 i 2024), utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

1) spółki kapitałowej;

2) jednostki budżetowej;

3) jednostki wojskowej;

4) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

2. Jednostka samorządu terytorialnego może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie:

1) spółki kapitałowej;

2) jednostki budżetowej;

3) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

3. (uchylony)

4. Do spółki kapitałowej, o której mowa w ust. 2 pkt 1, nie stosuje się przepisów o gospodarce komunalnej.

5. (uchylony)

6. Uczelnia medyczna może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej.

7. W spółce kapitałowej określonej w ust. 6 wykonującej działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do uczelni medycznej nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki oraz uczelnia ta dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu. Udziały albo akcje w tej spółce poza uczelniami medycznymi mogą posiadać wyłącznie Skarb Państwa, jednostki samorządu terytorialnego oraz jednoosobowe spółki Skarbu Państwa o szczególnym znaczeniu dla gospodarki państwa.

8. Skarb Państwa reprezentowany przez ministra, centralny organ administracji rządowej albo wojewodę oraz jednostka samorządu terytorialnego mogą przystępować do spółki kapitałowej wykonującej działalność leczniczą. Przepis ust. 5 stosuje się odpowiednio.

9. W spółce kapitałowej, o której mowa w ust. 1 pkt 1 lub ust. 2 pkt 1, lub do której przystąpiły podmioty, o których mowa w ust. 8, wartość nominalna udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego nie może stanowić mniej niż 51% kapitału zakładowego spółki oraz Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego dysponuje bezpośrednio większością głosów na zgromadzeniu wspólników albo na walnym zgromadzeniu.

10. Przepisu ust. 9 nie stosuje się, jeżeli nabywcą lub obejmującym akcje spółki prowadzącej działalność w zakresie, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1056), jest spółka kapitałowa, wobec której Skarb Państwa sprawuje kontrolę w rozumieniu art. 4 pkt 4 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2018 r. poz. 798, 650, 1637 i 1669).

11. W spółce kapitałowej, w której Skarb Państwa, jednostka samorządu terytorialnego lub uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje o wartości nominalnej nie mniejszej niż 51% kapitału zakładowego spółki, nie wypłaca się dywidendy.

Art. 7. (uchylony)

Art. 8. Rodzajami działalności leczniczej są:

1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:
   a) szpitalne,
   b) inne niż szpitalne;
2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Art. 9. 1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne mogą polegać w szczególności na:

1) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
2) udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych;
3) udzielaniu świadczeń zdrowotnych polegających na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia;
4) sprawowaniu wszechstronnej opieki zdrowotnej, psychologicznej i społecznej nad pacjentami znajdującymi się w stanie terminalnym oraz opieki nad rodzinami tych pacjentów.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 4, oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze mogą być udzielane także wyłącznie w warunkach domowych.

Art. 10. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie

stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.

Art. 11. Działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne może obejmować także udzielanie świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

Art. 12. 1. Stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udziela się w przypadku świadczeń, o których mowa w art. 9 ust. 1:

1) pkt 1 – w zakładzie opiekuńczo-leczniczym;

2) pkt 2 – w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym;

3) pkt 3 – w zakładzie rehabilitacji leczniczej;

4) pkt 4 – w hospicjum.

2. Przepisów ust. 1 pkt 1, 2 i 4 nie stosuje się w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie w warunkach domowych.

3. Ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych udziela się w ambulatorium (przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, lecznicy lub ambulatorium z izbą chorych), a także zakładzie badań diagnostycznych i medycznym laboratorium diagnostycznym oraz w pojeździe lub innym obiekcie będącym na wyposażeniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Art. 13. W miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych:

1) nie mogą być świadczone usługi pogrzebowe oraz prowadzona ich reklama;

2) może być wykonywana działalność inna niż działalność lecznicza, pod warunkiem, że nie jest uciążliwa:

   a) dla pacjenta lub przebiegu leczenia,

   b) dla przebiegu leczenia – w przypadku jednostki wojskowej.

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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.[3)]), 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. 15. Podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

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 2018 r. poz. 1600 i 2077) dla funkcjonariuszy publicznych.

[3)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925.

Art. 16. 1.[4)] Działalność lecznicza jest działalnością regulowaną w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców.

1a. Nie stanowi działalności regulowanej w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców działalność lecznicza:[5)]

1) podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej;

1a) podmiotów leczniczych w formie jednostki wojskowej;

2) wykonywana jako:

   a) działalność pożytku publicznego w rozumieniu ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2018 r. poz. 450, 650, 723 i 1365), chyba że zachodzą przesłanki określone w art. 9 ust. 1 tej ustawy,

   b) działalność charytatywno-opiekuńcza, jeżeli przepisy odrębne przewidują prowadzenie takiej działalności.

2.[6)] Do działalności leczniczej, o której mowa w ust. 1a, stosuje się przepisy dotyczące działalności regulowanej w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców.

Art. 17. 1. Podmiot leczniczy jest obowiązany spełniać następujące warunki:

1) posiadać pomieszczenia lub urządzenia, odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22;

2) używać i utrzymywać wyroby medyczne, wyposażenie wyrobów medycznych, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywne wyroby medyczne do implantacji oraz systemy lub zestawy zabiegowe złożone z wyrobów medycznych zgodnie z wymaganiami ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211 oraz z 2018 r. poz. 650);

3) zapewniać udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach;

4) zawrzeć w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 umowę ubezpieczenia:

   a) odpowiedzialności cywilnej.

   b) (uchylona)

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz wyrobów medycznych w rozumieniu ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz zakres informacji o tych wyrobach, mając na uwadze potrzebę zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia przebiegu chorób oraz kompensowania skutków obrażeń lub upośledzeń.

3. Informacje, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, są przekazywane przez podmioty lecznicze w sposób określony w przepisach o systemie informacji w ochronie zdrowia.

4. (uchylony)

Art. 18. 1. Lekarz wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną praktykę lekarską jest obowiązany spełniać następujące warunki:

1) posiadać prawo wykonywania zawodu;

2) nie może być:

   a) zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,

   b) ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,

   c) pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;

3) dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny, odpowiednie do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych;

4) uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;

5) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.

---

4) W brzmieniu ustalonym przez art. 143 pkt 2 lit. a ustawy, o której mowa w odnośniku 2.

5) Wprowadzenie do wyliczenia w brzmieniu ustalonym przez art. 143 pkt 2 lit. b ustawy, o której mowa w odnośniku 2.

6) W brzmieniu ustalonym przez art. 143 pkt 2 lit. c ustawy, o której mowa w odnośniku 2.

2. Lekarz wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską jest obowiązany spełniać następujące warunki:

1) określone w ust. 1;

2) posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych.

3. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązany:

1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5;

2) posiadać produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym również w zakresie określonym w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.[7)]);

3) wskazać adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej wykonywanej w miejscu wezwania oraz miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej oraz produktów leczniczych i sprzętu medycznego, o których mowa w pkt 2.

4. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5.

5. Lekarz wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5, ust. 2 pkt 2 i ust. 3 pkt 2 i 3.

6. Lekarz wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5 oraz w ust. 2 pkt 2.

7. W ramach grupowej praktyki lekarskiej mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez lekarzy będących wspólnikami albo partnerami spółki, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. b, spełniających warunki, o których mowa w ust. 1 albo 2.

Art. 19. 1. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki:

1) posiadać prawo wykonywania zawodu;

2) (uchylony)

3) nie może być:

   a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,

   b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;

4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;

5) dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22, wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny;

6) uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;

7) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.

2. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną specjalistyczną praktykę jest obowiązana:

1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1;

2) posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

[7)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1532, 1544, 1629 i 1669.

3. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązana:

1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4, 6 i 7, oraz, w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki, warunek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2;

2) posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta;

3) wskazać adres praktyki oraz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.

4. Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1–4, 6 i 7.

5. W ramach grupowej praktyki pielęgniarki mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez pielęgniarki będące wspólnikami albo partnerami spółki, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. b, spełniające warunki określone w ust. 1 albo ust. 2.

6. Pielęgniarka wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1–4, 6 i 7 oraz w ust. 2 pkt 2.

Art. 20. Miejscem wezwania, o którym mowa w art. 18 ust. 3 i 5 oraz w art. 19 ust. 3, nie może być zakład leczniczy.

Art. 21. 1. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane również w ramach wolontariatu, na zasadach określonych w porozumieniu, o którym mowa w art. 44 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, zawartym z wolontariuszem.

2. Do wolontariatu stosuje się przepisy działu III ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

3.[8)] Studenci zdobywający kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego oraz doktoranci mogą brać udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach kształcenia w uczelni medycznej lub innej uczelni prowadzącej kształcenie w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, pod bezpośrednim nadzorem osób wykonujących zawód medyczny właściwy ze względu na treści kształcenia.

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.

---

8) W brzmieniu ustalonym przez art. 132 pkt 1 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1669), która weszła w życie z dniem 1 października 2018 r.

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) 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.

Art. 23. 1. Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do praktyk zawodowych, o których mowa w art. 18 ust. 4 i 6 oraz art. 19 ust. 4 i 6.

Art. 24. 1. W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności:

1) firmę albo nazwę podmiotu;

2) cele i zadania podmiotu;

3) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego;

4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;

5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych – w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń;

6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego;

7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;

8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;

9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;

11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2017 r. poz. 912 oraz z 2018 r. poz. 1669) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;

12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;

13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego.

2. Aktualne informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12, podaje się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązanego do jego prowadzenia.

2a. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności aktualne informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 9, 11 i 12, podaje się do wiadomości pacjentów przez ich umieszczenie na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązanego do jego prowadzenia.

3. Do regulaminu organizacyjnego praktyk zawodowych nie stosuje się przepisów ust. 1 pkt 3, 6–8, 11 i 13.

4. Do regulaminu organizacyjnego podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia ambulatoryjne nie stosuje się przepisu ust. 1 pkt 11.

Art. 24a. 1. Za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, podmiot wykonujący działalność leczniczą wystawia rachunek, w którym, na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne.

2. Rachunek, o którym mowa w ust. 1, powinien być zgodny z aktualną wysokością opłat podaną do wiadomości zgodnie z art. 24 ust. 2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą nie może różnicować opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w zależności od obywatelstwa lub państwa zamieszkania pacjenta.

Art. 25. 1. Umowa ubezpieczenia:

1) odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

2) (uchylony)

1a. (uchylony)

1b. (uchylony)

1c. (uchylony)

1d. (uchylony)

1e. (uchylony)

1f. (uchylony)

2. Obowiązek ubezpieczenia powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

3. (uchylony)

4. Przepis ust. 1 pkt 1 nie narusza przepisów art. 120 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, 1000, 1076, 1608 i 1629).

5. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę rodzaje działalności leczniczej i rodzaje podmiotów wykonujących tę działalność.

Art. 26. 1. Podmiot leczniczy spełniający przesłanki określone w art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1986), zwany dalej „udzielającym zamówienia”, może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „zamówieniem”, podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą, lub osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zwanym dalej „przyjmującym zamówienie”.

2. Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.

3. Udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert.

4. Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4–6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przy czym prawa i obowiązki Prezesa Funduszu i dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonuje kierownik podmiotu leczniczego udzielającego zamówienia.

4a. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się do zamówień, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego w przepisach wydanych na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych.

5. Do udzielenia zamówienia nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Art. 26a. 1. Podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie przyjmującego zamówienie, bez podatku od towarów i usług, ustalone przez udzielającego zamówienia z należytą starannością.

2. Udzielający zamówienia nie może dzielić zamówienia na części lub zaniżać jego wartości celem zastosowania art. 26 ust. 4a.

3. Jeżeli udzielający zamówienia dopuszcza możliwość składania ofert częściowych albo udziela zamówienia w częściach, z których każda stanowi przedmiot odrębnego postępowania, wartością zamówienia jest łączna wartość poszczególnych części zamówienia.

4. Jeżeli wyodrębniona jednostka organizacyjna udzielającego zamówienia posiadająca samodzielność finansową udziela zamówienia związanego z jej własną działalnością, wartość udzielanego zamówienia ustala się odrębnie od wartości zamówień udzielanych przez inne jednostki organizacyjne tego udzielającego zamówienia posiadające samodzielność finansową.

5. Podstawą ustalenia wartości zamówienia powtarzającego się okresowo jest łączna wartość zamówień tego samego rodzaju:

1) udzielonych w terminie poprzednich 12 miesięcy lub w poprzednim roku obrotowym, z uwzględnieniem zmian ilościowych zamawianych świadczeń zdrowotnych oraz prognozowanego na dany rok średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, albo

2) których udzielający zamówienia zamierza udzielić w terminie 12 miesięcy następujących po udzieleniu pierwszego świadczenia.

6. Wybór podstawy ustalenia wartości zamówienia na świadczenia zdrowotne powtarzające się okresowo nie może być dokonany celem zastosowania art. 26 ust. 4a.

7. Jeżeli zamówienia udziela się na czas oznaczony wartością zamówienia jest wartość ustalona z uwzględnieniem okresu wykonywania zamówienia.

8. Ustalenia wartości zamówienia dokonuje się nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia.

9. Jeżeli po ustaleniu wartości zamówienia nastąpiła zmiana okoliczności mających wpływ na dokonane ustalenie, udzielający zamówienia przed wszczęciem postępowania o udzielenie zamówienia dokonuje zmiany wartości zamówienia.

Art. 27. 1. Z przyjmującym zamówienie udzielający zamówienia zawiera umowę na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony. Umowa nie może być zawarta na okres krótszy niż 3 miesiące, chyba że rodzaj i liczba świadczeń zdrowotnych uzasadniają zawarcie umowy na okres krótszy.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie oraz na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienia do zapłaty wynagrodzenia za udzielanie tych świadczeń.

3. Umowa wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

4. Umowa zawiera w szczególności:

1) określenie zakresu świadczeń zdrowotnych;

2) określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych;

3) minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych;

4) przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia;

5) określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości;

6) ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności;

7) ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia;

8) postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia;

9) zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

5. Nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

6. Przyjmujący zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy, chyba że umowa stanowi inaczej.

7. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienia i przyjmujący zamówienie.

8. Umowa ulega rozwiązaniu:

1) z upływem czasu, na który była zawarta;

2) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych;

3) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem okresu wypowiedzenia;

4) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

Art. 27a.[9)] 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, przekazuje, w terminie i w sposób przez niego wskazany, zbiorcze dane dotyczące osób zatrudnionych w tym podmiocie obejmujące liczbę osób zatrudnionych, informację o wysokości ich wynagrodzeń, w tym wynagrodzeń zasadniczych, jeżeli dotyczy, oraz dodatków, wymiarze czasu pracy, tytułach zawodowych, zajmowanych stanowiskach, formie zatrudnienia, posiadanych specjalizacjach, jeżeli dotyczy, oraz posiadanym lub wymaganym wykształceniu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza dane, o których mowa w ust. 1, w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może wskazać Narodowy Fundusz Zdrowia lub jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia jako podmiot, do którego są przekazywane dane, o których mowa w ust. 1. Narodowy Fundusz Zdrowia i ta jednostka przetwarzają te dane.

DZIAŁ II

Zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych

Rozdział 1

Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

Art. 28. 1. Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne jest obowiązany:

1) w razie pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez pacjenta osobę lub instytucję, lub przedstawiciela ustawowego;

2) w razie śmierci pacjenta:

   a) należycie przygotować zwłoki poprzez ich umycie i okrycie, z zachowaniem godności należnej osobie zmarłej, w celu ich wydania osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania, o której mowa w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych,

   b) przechowywać zwłoki nie dłużej niż przez 72 godziny, licząc od godziny, w której nastąpiła śmierć pacjenta.

---

9) Dodany przez art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532), która weszła w życie z dniem 24 sierpnia 2018 r.

2. Czynności, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. a, nie stanowią przygotowania zwłok zmarłego pacjenta do pochowania.

3. Nie pobiera się opłat za czynności, o których mowa w ust. 1.

4. Zwłoki pacjenta mogą być przechowywane w chłodni dłużej niż 72 godziny, jeżeli:

1) nie mogą zostać wcześniej odebrane przez osoby lub instytucje uprawnione do pochowania zwłok pacjenta;

2) w związku ze zgonem zostało wszczęte dochodzenie albo śledztwo, a prokurator nie zezwolił na pochowanie zwłok;

3) przemawiają za tym inne niż wymienione w pkt 1 i 2 ważne przyczyny, za zgodą albo na wniosek osoby lub instytucji uprawnionej do pochowania zwłok pacjenta.

5. Dopuszcza się pobieranie opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż określony w ust. 1 pkt 2 lit. b od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym. Opłaty nie pobiera się, jeżeli przepisy odrębne tak stanowią.

6. W przypadku, o którym mowa w art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, dopuszcza się pobieranie od gminy opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta za okres przypadający po upływie 3 dni od dnia powiadomienia gminy o konieczności pochowania zwłok pacjenta w związku z niepochowaniem ich przez inne uprawnione osoby lub instytucje.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta, uwzględniając konieczność poszanowania godności należnej zmarłemu.

Art. 28a. 1. Podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany zgłosić, na podany przez jednostkę Policji numer telefonu, numer faksu lub adres poczty elektronicznej, fakt:

1) przyjęcia pacjenta małoletniego, z którego przedstawicielem ustawowym albo opiekunem faktycznym nie można się skontaktować – nie później niż w okresie 4 godzin od przyjęcia;

2) przyjęcia albo zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość – nie później niż w okresie 8 godzin odpowiednio od przyjęcia albo zgonu.

2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą udziela, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej w rozumieniu art. 14 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2017 r. poz. 2067, z późn. zm.[10)]).

Art. 29. 1. Wypisanie pacjenta ze szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:

1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym;

2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;

3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania pacjenta, którego stan zdrowia wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych, można odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych sąd opiekuńczy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zawiadamia się właściwy sąd opiekuńczy o odmowie wypisania i jej przyczynach.

4. Pacjent występujący z żądaniem, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, jest informowany przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjent taki składa pisemne oświadczenie o wypisaniu na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

Art. 30. 1. Gmina właściwa ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania właściwa ze względu na ostatnie miejsce pobytu pacjenta pokrywa koszty transportu sanitarnego pacjenta małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji do miejsca pobytu, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta albo osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, nie odbiera pacjenta w wyznaczonym terminie.

[10)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2017 r. poz. 2405 oraz z 2018 r. poz. 106, 138, 416, 650, 730, 1039, 1544, 1669, 2077 i 2102.

2. Kierownik niezwłocznie zawiadamia wójta (burmistrza, prezydenta) o okolicznościach, o których mowa w ust. 1, i organizuje transport sanitarny na koszt gminy określonej w tym przepisie. Gminie przysługuje roszczenie o zwrot kosztów transportu sanitarnego od przedstawiciela ustawowego pacjenta albo od osoby, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny.

3. Gmina pokrywa koszty transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 1, na podstawie rachunku wystawionego przez kierownika, o którym mowa w ust. 2.

4. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego udzielania świadczeń szpitalnych albo całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, lub osoba, na której w stosunku do pacjenta ciąży ustawowy obowiązek alimentacyjny, ponoszą koszty pobytu pacjenta, począwszy od terminu określonego przez kierownika, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych.

Art. 31. 1. Zwłoki pacjenta mogą być poddane sekcji, w szczególności gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Zwłoki pacjenta nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to ta osoba za życia.

3. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 2 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 2.

4. Przepisów ust. 1–3 nie stosuje się w przypadkach:

1) określonych w Kodeksie postępowania karnego i Kodeksie karnym wykonawczym oraz aktach wykonawczych wydanych na ich podstawie;

2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;

3) określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

5. W dokumentacji medycznej pacjenta sporządza się adnotację o dokonaniu albo zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

Art. 32. 1. Dokonanie sekcji zwłok nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 12 godzin od stwierdzenia zgonu.

2. Jeżeli zachodzi potrzeba pobrania ze zwłok komórek, tkanek lub narządów, przeprowadzenie sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, może zarządzić kierownik, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, upoważniony przez niego lekarz albo lekarz upoważniony przez zarząd spółki kapitałowej.

3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się do osób osadzonych zmarłych w zakładach karnych i aresztach śledczych.

Art. 33. W przypadku wykonywania działalności leczniczej przez lekarza jako indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo wykonywania działalności leczniczej przez pielęgniarkę jako indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszą solidarnie odpowiednio lekarz i podmiot leczniczy albo pielęgniarka i podmiot leczniczy.

Art. 34. 1. Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne może, w zakresie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, na okres nieprzekraczający 6 miesięcy, zaprzestać działalności leczniczej:

1) całkowicie;

2) częściowo, w zakresie jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego tego podmiotu związanych bezpośrednio z udzielaniem tych świadczeń.

2. Czasowe zaprzestanie działalności, o którym mowa w ust. 1, wymaga zgody wojewody.

3. Kierownik występuje do wojewody z wnioskiem o udzielenie zgody, o której mowa w ust. 2.

4. Kierownik podmiotu leczniczego:

1) utworzonego przez Ministra Obrony Narodowej występuje do wojewody z wnioskiem, o którym mowa w ust. 3, po uzyskaniu zgody Ministra Obrony Narodowej;

2) wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne utworzonego przez uczelnię medyczną występuje do wojewody z wnioskiem, o którym mowa w ust. 3, po uzyskaniu zgody rektora uczelni albo odpowiednio dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

5. Wniosek kierownika powinien zawierać określenie przyczyny, proponowany okres oraz zakres zaprzestania działalności.

6. Wojewoda przed wyrażeniem zgody zasięga opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Niewydanie opinii w terminie 7 dni jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.

7. Wojewoda wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, w drodze decyzji administracyjnej, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.

8. W przypadku gdy zaprzestanie działalności leczniczej:

1) jest spowodowane siłą wyższą,

2) wynika z decyzji administracyjnej podjętej na podstawie odrębnych przepisów

– kierownik informuje wojewodę o czasowym całkowitym albo częściowym zaprzestaniu działalności, w terminie 3 dni roboczych od dnia zaistnienia okoliczności powodujących zaprzestanie tej działalności.

Art. 35. 1. W przypadku czasowego zaprzestania działalności leczniczej całkowicie lub częściowo, w zakresie jednej lub kilku jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, bez zachowania trybu określonego w art. 34, wojewoda nakłada, w drodze decyzji administracyjnej, na kierownika tego podmiotu karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

2. Karę pieniężną uiszcza się w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji administracyjnej.

3. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej wojewoda jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń.

4. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

5. Do kary pieniężnej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2018 r. poz. 800, z późn. zm.[11)]) dotyczące terminu przedawnienia zobowiązań podatkowych oraz odsetek od tych zobowiązań.

6. Na decyzję w sprawie kary pieniężnej przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 36. 1. Osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego zakładem leczniczym jest szpital, są obowiązane nosić w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.

2. W szpitalu dla osób pozbawionych wolności stosuje się numeryczne znaki identyfikacyjne osób zatrudnionych.

3. Pacjentów szpitala zaopatruje się w znaki identyfikacyjne.

3a. W przypadku uzasadnionym stanem zdrowia pacjenta kierownik może podjąć decyzję o odstąpieniu od zaopatrywania tego pacjenta w znak identyfikacyjny. Informację w tym zakresie wraz z podaniem przyczyn odstąpienia zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta.

4. Przepisu ust. 3 nie stosuje się do pacjentów szpitala dla osób pozbawionych wolności oraz pacjentów szpitala lub oddziału psychiatrycznego.

5. Znak identyfikacyjny, o którym mowa w ust. 3, zawiera informacje pozwalające na ustalenie:

1) imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta,

2) w przypadku noworodka urodzonego w szpitalu – imienia i nazwiska matki, płci i daty urodzenia dziecka ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym, a w przypadku noworodka urodzonego z ciąży mnogiej także cyfry wskazujące na kolejność rodzenia się

– zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione.

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

1) warunki, sposób i tryb zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne,

2) sposób postępowania w razie stwierdzenia braku znaków identyfikacyjnych pacjentów szpitala

– kierując się potrzebą zapewnienia identyfikacji pacjentów i ich bezpieczeństwa oraz koniecznością poszanowania ochrony danych osobowych.

---

11) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 723, 771, 1000, 1039, 1075, 1499, 1540, 1544, 1629 i 1693.

Rozdział 2

Podmioty lecznicze o szczególnej regulacji

Art. 37. 1. (uchylony)

2. (uchylony)

3. Do jednostki służby medycyny pracy Służby Więziennej przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1155 i 1669) i ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1542 i 1669) oraz przepisów wydanych na ich podstawie, z tym że przepisów art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 25, art. 30, art. 44–49 i art. 50 ust. 1–3a oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

4. Do podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2018 r. poz. 652, 1010 i 1387) i ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o Służbie Więziennej, z tym że przepisów art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 25, art. 30, art. 34, art. 35, art. 44–46, art. 48, art. 49 i art. 50 ust. 1–3a oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

5.[12)] Do podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej, utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu, Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej i Służby Ochrony Państwa, przepisów art. 49 nie stosuje się.

5a. Do podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej, utworzonych przez Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu oraz Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego, przepisów art. 35 i art. 50 oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

6. Do podmiotów leczniczych w formie jednostki budżetowej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 173 i 138), z tym że przepisów art. 35, art. 48–50 oraz przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II nie stosuje się.

7. Do podmiotów leczniczych w formie jednostki wojskowej przepisy ustawy stosuje się odpowiednio, przy uwzględnieniu przepisów ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych i ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa, z tym że przepisów art. 17 ust. 1 pkt 4, art. 24 ust. 1 pkt 11, art. 25, art. 29, art. 30, art. 34–36, art. 44, art. 45, art. 46 ust. 2–4, art. 48–50, przepisów oddziału 2 w rozdziale 3 działu II oraz przepisów działu IV nie stosuje się.

Art. 38. 1. Minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda może nałożyć na podmiot leczniczy będący:

1) spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest Skarb Państwa, którego uprawnienia wykonuje ten organ,

2) samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub państwową jednostką budżetową, dla których jest podmiotem tworzącym

– obowiązek wykonania określonego zadania.

2. Jednostka samorządu terytorialnego może nałożyć na podmiot leczniczy będący:

1) spółką kapitałową, w której jedynym albo większościowym udziałowcem albo akcjonariuszem jest ta jednostka,

2) samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub samorządową jednostką budżetową, dla których ta jednostka jest podmiotem tworzącym

– obowiązek wykonania określonego zadania.

3. W przypadku nałożenia obowiązku wykonania zadań w trybie, o którym mowa w ust. 1 albo 2, zapewnia się środki na pokrycie wydatków związanych z wykonaniem tych zadań, chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy.

4. W razie poniesienia szkody przez podmiot leczniczy przy wykonywaniu zadań wykonywanych w trybie ust. 1 albo 2 organ nakładający obowiązek ich wykonania jest obowiązany do jej naprawienia.

[12)] Ze zmianą wprowadzoną przez art. 326 pkt 1 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2018 r. poz. 138), która weszła w życie z dniem 1 lutego 2018 r.

Art. 39. (uchylony)

Art. 40. 1. Jednostka budżetowa i jednostka wojskowa, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, wykonują działalność leczniczą w zakresie czynności ratunkowych, leczenia, ewakuacji medycznej i transportu sanitarnego z wykorzystaniem pojazdów sanitarnych, statków powietrznych, etatowego i tabelarycznego sprzętu i wyposażenia medycznego, medycznych środków materiałowych oraz leków będących na wyposażeniu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, na rzecz żołnierzy i personelu cywilnego, a także żołnierzy wojsk obcych i ich personelu cywilnego.

2.[12)] Jednostka budżetowa, której podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szef Agencji Wywiadu lub Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego, posiadająca w swojej strukturze ambulatorium z izbą chorych albo poradnię przyzakładową i poradnię przyzakładową z izbą chorych, wykonuje działalność leczniczą w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeń lekarza dentysty, a także stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udzielanych osobom, o których mowa w art. 56 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1459 i 1669), i funkcjonariuszom Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Więziennej oraz Straży Granicznej, weteranom funkcjonariuszom i weteranom poszkodowanym – funkcjonariuszom Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu oraz pracownikom zatrudnionym w Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu lub Centralnym Biurze Antykorupcyjnym na podstawie umowy o pracę.

3.[12)] Jednostka budżetowa, której podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw wewnętrznych, posiadająca w swojej strukturze ambulatorium z izbą chorych albo poradnię przyzakładową i poradnię przyzakładową z izbą chorych, wykonuje działalność leczniczą w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej lub świadczeń lekarza dentysty, a także stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne udzielanych pracownikom cywilnym Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Ochrony Państwa oraz Straży Granicznej.

Art. 41. 1. W podmiocie leczniczym działającym w formie spółki kapitałowej utworzonej przez Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego lub uczelnię medyczną albo do którego podmioty te przystąpiły na podstawie art. 6 ust. 8 i w którym posiadają udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego uchwały zgromadzenia wspólników albo walnego zgromadzenia dotyczące:

1) rozwiązania spółki,
2) zbycia przedsiębiorstwa spółki,
3) zbycia zorganizowanej części przedsiębiorstwa spółki,
4) zbycia udziałów albo akcji, które powoduje utratę udziału większościowego w kapitale zakładowym spółki,
5) istotnej zmiany przedmiotu działalności spółki

– są podejmowane większością trzech czwartych głosów.

2. Członkowie rady nadzorczej reprezentujący Skarb Państwa, jednostkę samorządu terytorialnego lub uczelnię medyczną w podmiocie, o którym mowa w ust. 1, są powoływani spośród osób spełniających wymogi określone w art. 19 ustawy z dnia 16 grudnia 2016 r. o zasadach zarządzania mieniem państwowym.

Rozdział 3
Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami

Oddział 1
Przepisy ogólne

Art. 42. 1. Ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut.

2. W statucie określa się:

1) nazwę podmiotu, o którym mowa w ust. 1, odpowiadającą rodzajowi i zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych;
2) siedzibę podmiotu, o którym mowa w ust. 1;
3) cele i zadania podmiotu, o którym mowa w ust. 1;
4) organy i strukturę organizacyjną podmiotu, o którym mowa w ust. 1, w tym zadania, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej, o której mowa w art. 48, przed upływem kadencji;
5) formę gospodarki finansowej.

3. Statut może przewidywać prowadzenie określonej, wyodrębnionej organizacyjnie działalności innej niż działalność lecznicza.

4. Statut nadaje podmiot tworzący.

Art. 43. Podmiot tworzący może pozbawić podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą składników przydzielonego lub nabytego mienia w przypadku jego połączenia albo przekształcenia, przeprowadzanych na zasadach określonych w ustawie.

Art. 44. Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.

Art. 45. 1. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom innym niż wymienione w art. 44 ustala kierownik.

2. Przy ustalaniu wysokości opłaty, o której mowa w ust. 1, kierownik uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Art. 46. 1. Odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

2. Kierownikiem podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może być osoba, która:

1) posiada wykształcenie wyższe;

2) posiada wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków kierownika;

3) posiada co najmniej pięcioletni staż pracy na stanowisku kierowniczym albo ukończone studia podyplomowe na kierunku zarządzanie i co najmniej trzyletni staż pracy;

4) nie została prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

3. W przypadku podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami podmiot tworzący nawiązuje z kierownikiem stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

4. Przepisu ust. 2 pkt 3 nie stosuje się do kierownika podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą dla osób pozbawionych wolności.

Art. 46a. Kierownikiem podmiotu leczniczego w formie jednostki wojskowej może być osoba, która spełnia wymagania przewidziane dla dowódcy jednostki wojskowej określone w przepisach ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.

Art. 47. 1. Kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, z którym podmiot tworzący nawiązał stosunek pracy na podstawie powołania, umowy o pracę albo zawarł umowę cywilnoprawną, wykonujący zawód medyczny, może udzielać świadczeń zdrowotnych, jeżeli zawarta z nim umowa przewiduje taką możliwość. W takim przypadku umowa określa również warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym wymiar czasu pracy.

2.[13)] Do kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, który jest żołnierzem zawodowym, stosuje się przepisy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, a do kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, który jest funkcjonariuszem Służby Więziennej, Straży Granicznej, Służby Ochrony Państwa albo Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, stosuje się odpowiednio przepisy o Służbie Więziennej, Straży Granicznej, Służbie Ochrony Państwa albo Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

3. Kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą nie może podejmować innego zatrudnienia bez wyrażonej w formie pisemnej zgody podmiotu tworzącego.

Art. 48. 1. W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działa rada społeczna, która jest organem:

1) inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego;

2) doradczym kierownika.

2. Do zadań rady społecznej należy:

1) przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach:

   a) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,

[13)] W brzmieniu ustalonym przez art. 326 pkt 2 ustawy, o której mowa w odnośniku 12.

b) związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,

c) przyznawania kierownikowi nagród,

d) rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem;

e) (uchylona)

2) przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach:

a) planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,

b) rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego,

c) kredytów bankowych lub dotacji,

d) podziału zysku,

e) zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,

f) regulaminu organizacyjnego;

3) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;

4) opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej;

5) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie.

3. Rady społecznej nie powołuje się w:

1) wojewódzkich, powiatowych i granicznych stacjach sanitarno-epidemiologicznych;

2) regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;

3) podmiotach leczniczych tworzonych przez pracodawcę w celu ochrony pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy oraz sprawujących profilaktyczną opiekę nad pracującymi;

4)[12)] podmiotach leczniczych w formie jednostki budżetowej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Szefa Agencji Wywiadu, Szefa Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach jednostek organizacyjnych Straży Granicznej i Służby Ochrony Państwa.

4. Zadania określone w ust. 2 w instytutach badawczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 4, wykonuje rada naukowa.

5. Radę społeczną powołuje i odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie podmiot tworzący. W posiedzeniach rady społecznej uczestniczy kierownik oraz przedstawiciele organizacji związkowych działających w podmiocie leczniczym.

6. W skład rady społecznej działającej w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, dla którego podmiotem tworzącym jest:

1) uczelnia medyczna, wchodzą:

a) jako przewodniczący – przedstawiciel rektora uczelni albo dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego,

b) jako członkowie:

– przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia,

– przedstawiciel wojewody,

– przedstawiciel przewodniczącego zarządu samorządu województwa,

– przedstawiciel okręgowej rady lekarskiej,

– przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych,

– osoby powołane odpowiednio przez senat albo radę naukową – w liczbie nieprzekraczającej 5;

2) podmiot tworzący inny niż określony w pkt 1, wchodzą:

a) jako przewodniczący:

– przedstawiciel organu administracji rządowej – w podmiotach utworzonych przez ten organ,

– wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta albo marszałek województwa lub osoba przez niego wyznaczona – w podmiotach utworzonych przez jednostkę samorządu terytorialnego,

b) jako członkowie:

– przedstawiciel wojewody – w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą utworzonym przez jednostkę samorządu terytorialnego,

– przedstawiciele wybrani przez odpowiednio: radę gminy lub radę powiatu – w liczbie określonej przez podmiot tworzący, albo przez sejmik województwa – w liczbie nieprzekraczającej 15 osób, albo przez podmiot tworzący podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą o ogólnokrajowym lub ponadwojewódzkim obszarze działania – w liczbie nieprzekraczającej 15 osób, w tym po jednym przedstawicielu Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,

– przedstawiciel uczelni medycznej wybrany przez rektora albo dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w szpitalu, w którym jest jednostka organizacyjna udostępniona na podstawie art. 89 ust. 3.

7. Członkiem rady społecznej podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą nie może być osoba zatrudniona w tym podmiocie.

8. W posiedzeniach rady społecznej, w której skład nie wchodzi przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej lub Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, mają prawo uczestniczyć, z głosem doradczym, przedstawiciele samorządów zawodów medycznych.

9. Członkowi rady społecznej przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w posiedzeniach rady społecznej.

10. Za udział w posiedzeniach rady społecznej jej członkowi przysługuje od podmiotu tworzącego rekompensata w wysokości utraconych zarobków, jeżeli z powodu uczestnictwa w posiedzeniu rady pracodawca udzielił członkowi na ten czas zwolnienia z wykonywania obowiązków pracowniczych bez zachowania prawa do wynagrodzenia.

11. Sposób zwoływania posiedzeń rady społecznej, tryb pracy i podejmowania uchwał określa regulamin uchwalony przez radę społeczną i zatwierdzony przez podmiot tworzący.

12. Od uchwały rady społecznej kierownikowi przysługuje odwołanie do podmiotu tworzącego.

Art. 49. 1. W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą przeprowadza się konkurs na stanowisko:

1) kierownika;

2) zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem;

3) ordynatora;

4) naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek;

5) pielęgniarki oddziałowej.

2. Konkurs na stanowisko kierownika ogłasza podmiot tworzący, a na pozostałe stanowiska – kierownik.

3. Jeżeli do konkursu nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów lub w wyniku konkursu nie wybrano kandydata albo z kandydatem wybranym w postępowaniu konkursowym nie nawiązano stosunku pracy albo nie zawarto umowy cywilnoprawnej, odpowiednio podmiot tworzący lub kierownik ogłasza nowy konkurs w okresie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w poprzednim konkursie.

4. Jeżeli w wyniku postępowania w dwóch kolejnych konkursach kandydat nie został wybrany z przyczyn określonych w ust. 3, odpowiednio podmiot tworzący albo kierownik nawiązuje stosunek pracy albo zawiera umowę cywilnoprawną z osobą przez siebie wskazaną po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej.

5. Z kandydatem wybranym w drodze konkursu lub wskazanym w trybie ust. 4 na stanowisko określone w ust. 1 pkt 2–5 kierownik nawiązuje stosunek pracy na podstawie umowy o pracę.

6. Z kandydatem na stanowisko określone w ust. 1, wybranym w drodze konkursu lub wskazanym w trybie ust. 4, nawiązuje się stosunek pracy albo zawiera umowę cywilnoprawną na 6 lat. Okres ten może być przedłużony do 8 lat, jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego pracownikowi brakuje nie więcej niż 2 lata.

7. W przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.

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

1) sposób przeprowadzania konkursu, o którym mowa w ust. 1,

2) skład oraz tryb i warunki powoływania i odwoływania komisji konkursowej,

3) ramowy regulamin przeprowadzania konkursu, o którym mowa w ust. 1

– kierując się potrzebą zapewnienia przejrzystości procedury konkursowej.

Art. 50. 1. Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą stosuje minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek. Minimalne normy ustala kierownik tego podmiotu po zasięgnięciu opinii:

1) kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym;

2) przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych związków zawodowych, określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach określonych w ust. 1, mając na celu zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

3. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w odniesieniu do podmiotów leczniczych, dla których jest podmiotem tworzącym, a minister właściwy do spraw zdrowia w odniesieniu do pozostałych podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami dokonuje corocznej oceny realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, na podstawie:

1) danych przekazanych przez te podmioty lecznicze w zakresie, terminie i w sposób wskazany przez tych ministrów;

2) wyników kontroli przeprowadzonej w trybie art. 119, jeżeli dane przekazane w sposób określony w pkt 1 okażą się niewystarczające dla oceny realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1.

3a. Dane, o których mowa w ust. 3 pkt 1, nie mogą obejmować danych osobowych pielęgniarek i położnych.

4. W podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą zatrudnia się pracowników posiadających kwalifikacje odpowiednie do zajmowanego stanowiska.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach określonych w ust. 1, kierując się bezpieczeństwem pacjentów oraz potrzebą zapewnienia efektywności zatrudnienia.

Oddział 2

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej

Art. 50a. 1. Utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tworząc samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, uwzględnia się konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz racjonalnej organizacji opieki zdrowotnej.

2. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego. Z chwilą wpisania do tego rejestru samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną.

3. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała, o których mowa w ust. 1, zawierają:

1) nazwę i siedzibę samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;

2) określenie rodzaju działalności leczniczej;

3) określenie mienia, w które wyposaża się samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Art. 51. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

Art. 52. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania.

Art. 53. Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika.

Art. 53a. 1. W terminie do dnia 31 maja każdego roku kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej sporządza i przekazuje podmiotowi tworzącemu raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

2. Raport, o którym mowa w ust. 1, jest przygotowywany na podstawie sprawozdania finansowego za poprzedni rok obrotowy i zawiera w szczególności analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy, prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata obrotowe wraz z opisem przyjętych założeń oraz informację o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

3. Analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej, o których mowa w ust. 2, dokonuje się na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych.

4. Podmiot tworzący dokonuje oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej na podstawie raportu, o którym mowa w ust. 1.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych określi, w drodze rozporządzenia, wskaźniki ekonomiczno-finansowe, o których mowa w ust. 3, sposób ich obliczania oraz przypisane im punktowe oceny służące do analizy ekonomiczno-finansowej, mając na uwadze zapewnienie przejrzystości i jednolitości analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz porównywalności tych wskaźników.

Art. 54. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje posiadanym mieniem.

2. Zbycie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot tworzący.

3. Zasady, o których mowa w ust. 2, polegają w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu tworzącego na zbycie, wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie oraz użyczenie aktywów trwałych.

4. Wniesienie majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazanie fundacji lub stowarzyszeniu, które wykonują działalność leczniczą, jest zabronione. W przypadku spółek, fundacji lub stowarzyszeń, wykonujących inną działalność, dokonanie tych czynności wymaga zgody podmiotu tworzącego.

4a.[14)] Zakazu, o którym mowa w ust. 4, nie stosuje się, jeżeli podmiot tworzący, przed wszczęciem postępowania w sprawie wyboru partnera prywatnego, wyraził zgodę na wniesienie majątku samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółki, o której mowa w art. 14 ust. 1 albo 1a ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1834 oraz z 2018 r. poz. 1693).

5. Czynność prawna mająca na celu zmianę wierzyciela samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może nastąpić po wyrażeniu zgody przez podmiot tworzący. Podmiot tworzący wydaje zgodę albo odmawia jej wydania, biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w oparciu o analizę sytuacji finansowej i wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej za rok poprzedni. Zgodę wydaje się po zasięgnięciu opinii kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

6. Czynność prawna dokonana z naruszeniem ust. 2–5 jest nieważna.

7. O stwierdzenie nieważności czynności prawnej dokonanej z naruszeniem ust. 2–5 może wystąpić także podmiot tworzący.

Art. 55. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

1) z odpłatnej działalności leczniczej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej;

2) z wydzielonej działalności innej niż wymieniona w pkt 1, jeżeli statut przewiduje prowadzenie takiej działalności;

2a) z odsetek od lokat;

3) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego;

4) na cele i na zasadach określonych w przepisach art. 114–117;

5) na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami;

6) na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1.

2. Umowy dotyczące odpłatnych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 1, mogą być również zawierane przez zakład ubezpieczeń działający na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 999, 1000 i 1669).

Art. 56. 1. Wartość majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej określają:

1) fundusz założycielski;

2) fundusz zakładu.

2. Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej części mienia Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej, w tym przekazanego w nieodpłatne użytkowanie.

3. Fundusz zakładu stanowi wartość majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po odliczeniu funduszu założycielskiego.

[14)] Dodany przez art. 19 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o partnerstwie publiczno-prywatnym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1693), która weszła w życie z dniem 19 września 2018 r.

Art. 57. 1. Fundusz zakładu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zwiększa się o:

1) zysk netto;

2) kwoty zwiększenia wartości aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów;

3) kwoty środków pieniężnych przekazane na pokrycie straty netto, o której mowa w art. 59 ust. 2 pkt 1.

2. Fundusz zakładu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zmniejsza się o:

1) stratę netto;

2) kwoty zmniejszenia wartości aktywów trwałych, będącego skutkiem ustawowego przeszacowania tych aktywów.

Art. 58. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej decyduje o podziale zysku.

Art. 59. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie stratę netto w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1.

2. Podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:

1) 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji albo

2) 12 miesięcy od upływu terminu określonego w pkt 1 wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

– jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta w sposób określony w ust. 1 oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.

3. Strata netto i koszty amortyzacji, o których mowa w ust. 2, dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym.

4. Jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza program naprawczy, z uwzględnieniem raportu, o którym mowa w art. 53a ust. 1, na okres nie dłuższy niż 3 lata, i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.

Art. 60. 1. Likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego.

2. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zawiera w szczególności:

1) określenie zakładu podlegającego likwidacji;

2) oznaczenie dnia zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych, nie wcześniej niż 3 miesiące od dnia wydania rozporządzenia, zarządzenia albo podjęcia uchwały;

3) oznaczenie dnia otwarcia likwidacji, nie później niż 30 dni od dnia, o którym mowa w pkt 2;

4) określenie sposobu i trybu zadysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi;

5) oznaczenie dnia zakończenia likwidacji.

3. Rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowi podstawę do jego wykreślenia z:

1) rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100, z dniem zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych;

2) Krajowego Rejestru Sądowego z dniem zakończenia likwidacji.

4. Okres od dnia otwarcia likwidacji do dnia jej zakończenia nie może być dłuższy niż 12 miesięcy. W przypadku wydania rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały, o których mowa w ust. 2, nie można przedłużać terminu zakończenia likwidacji.

Art. 61. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego. Przepis zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do mienia.

Art. 62. Za długoletnią pracę pracownikowi samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przysługują nagrody jubileuszowe w wysokości:

1) 75% miesięcznego wynagrodzenia – po 20 latach pracy;

2) 100% miesięcznego wynagrodzenia – po 25 latach pracy;

3) 150% miesięcznego wynagrodzenia – po 30 latach pracy;

4) 200% miesięcznego wynagrodzenia – po 35 latach pracy;

5) 300% miesięcznego wynagrodzenia – po 40 latach pracy.

Art. 63. 1. Pracownikowi samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przechodzącemu na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy przysługuje jednorazowa odprawa w wysokości:

1) jednomiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli był zatrudniony krócej niż 15 lat;

2) dwumiesięcznego wynagrodzenia po 15 latach pracy;

3) trzymiesięcznego wynagrodzenia po 20 latach pracy.

2. Pracownik, który otrzymał odprawę, o której mowa w ust. 1, nie może ponownie nabyć do niej prawa.

Art. 64. Ustalanie okresów uprawniających do nagrody jubileuszowej, o której mowa w art. 62, oraz jednorazowej odprawy, o której mowa w art. 63, a także szczegółowe zasady ich obliczania i wypłacania regulują przepisy o wynagrodzeniu obowiązujące u danego pracodawcy.

Art. 65. 1. Pracownikowi samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej przysługuje dodatek za wysługę lat w wysokości wynoszącej po 5 latach pracy 5% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Dodatek ten wzrasta o 1% za każdy dalszy rok pracy, aż do osiągnięcia 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

2. Ustalanie okresów uprawniających do dodatku za wysługę lat regulują przepisy o wynagrodzeniu obowiązujące u danego pracodawcy.

Art. 66. 1. Połączenie się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej może być dokonane przez:

1) przeniesienie całego mienia co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przejmowanego) na inny samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (przejmujący);

2) utworzenie nowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego co najmniej z dwóch łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

2. Podmioty tworzące samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mogą dokonać połączenia tych zakładów:

1) w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały – w przypadku zakładów mających ten sam podmiot tworzący;

2) w drodze porozumienia – w przypadku zakładów mających różne podmioty tworzące.

3. Akt o połączeniu powinien zawierać w szczególności postanowienia o:

1) nazwie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia, w przypadku połączenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2;

2) przejęciu mienia podmiotu przejmowanego albo podmiotów łączących się;

3) zasadach odpowiedzialności za zobowiązania podmiotów łączących się;

4) terminie złożenia wniosku, o którym mowa w art. 67 ust. 1 pkt 1 albo 2, nie wcześniejszym niż trzy miesiące od dnia wydania lub przyjęcia aktu o połączeniu.

4. W przypadku połączenia, o którym mowa w ust. 1:

1) pkt 1 – akt o połączeniu zawiera także nazwę i siedzibę podmiotu przejmowanego;

2) pkt 2 – akt o połączeniu zawiera także nazwy i siedziby podmiotów łączących się.

5. W porozumieniu, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, wskazuje się także podmiot, który przejmuje uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego.

6. Połączenie, o którym mowa w ust. 1, następuje bez przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego podmiotu przejmowanego albo łączących się podmiotów.

7. Do pracowników zakładu przejmowanego oraz do pracowników zakładów łączących się stosuje się art. 23^1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

Art. 67. 1. W terminie określonym w akcie o połączeniu kierownik podmiotu przejmującego albo kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia składa wniosek o:

1) wykreślenie zakładu przejmowanego z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100, oraz z Krajowego Rejestru Sądowego – w przypadku połączenia, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 1;

2) dokonanie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego oraz w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 – w przypadku połączenia, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2.

2. W przypadku połączenia, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2, z dniem wpisania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia do:

1) rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100,

2) Krajowego Rejestru Sądowego

– następuje z urzędu wykreślenie łączących się podmiotów z tych rejestrów.

3. W przypadku połączenia, o którym mowa w art. 66 ust. 1 pkt 2, z dniem wpisania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia do Krajowego Rejestru Sądowego zakład ten wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem były łączące się zakłady, bez względu na charakter prawny tych stosunków. Z chwilą wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej powstały w wyniku połączenia uzyskuje osobowość prawną.

4. Z dniem wykreślenia podmiotu przejmowanego z Krajowego Rejestru Sądowego podmiot przejmujący wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był podmiot przejmowany, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

Art. 67a. 1. Zmiany podmiotu tworzącego dokonuje się na podstawie porozumienia zawartego pomiędzy podmiotem, który dotychczas wykonywał uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego (podmiot przekazujący), a podmiotem, który przejmie te uprawnienia i obowiązki (podmiot przejmujący).

2. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1, zawiera co najmniej:

1) oznaczenie podmiotów: przekazującego i przejmującego;

2) oznaczenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia;

3) zasady odpowiedzialności za zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia;

4) zasady przejęcia mienia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej będącego przedmiotem porozumienia;

5) postanowienie o przekazaniu na własność podmiotowi przejmującemu nieruchomości będących w posiadaniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, których właścicielem przed dniem zawarcia porozumienia jest podmiot przekazujący.

3. Podmiot przejmujący dostosowuje, w terminie 6 miesięcy od dnia zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust. 1, skład rady społecznej do przepisów art. 48.

Art. 68. 1. W przypadku jednostek samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, odpowiedzialność za jego zobowiązania ponoszą te jednostki w częściach ułamkowych odpowiadających wysokości zobowiązań powstałych w okresach, w których wykonywały one uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, należności i mienie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się należnościami i mieniem podmiotu, który przejął uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego.

3. Jednostki samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, mogą w inny sposób, niż wskazany w ust. 1 i 2, określić:

1) odpowiedzialność za zobowiązania,

2) zasady przejęcia należności i mienia

– samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w stosunku do którego wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu tworzącego.

Art. 69. Przekształcenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową odbywa się na zasadach określonych w art. 70–82.

Art. 70. Podmiot tworzący, na podstawie przychodów ze sprawozdania finansowego za ostatni rok obrotowy oraz danych o zobowiązaniach i inwestycjach krótkoterminowych według stanu na dzień poprzedzający dzień złożenia wniosku

o wpisanie spółki kapitałowej do rejestru przedsiębiorców, ustala wskaźnik zadłużenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Art. 71. Wskaźnik zadłużenia ustala się jako relację sumy zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych, pomniejszonych o inwestycje krótkoterminowe samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do sumy jego przychodów.

Art. 72. 1. Jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia ustalona zgodnie z art. 70 i 71 wynosi:

1) powyżej 0,5 – podmiot tworzący, przed dniem przekształcenia, przejmuje zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5;

2) 0,5 lub mniej – podmiot tworzący może, przed dniem przekształcenia, przejąć zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

2. Przejęciu w pierwszej kolejności podlegają zobowiązania wymagalne najdawniej obejmujące kwotę główną wraz z odsetkami.

Art. 73. 1. Przekształcenie, o którym mowa w art. 69, może polegać na przekształceniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w jedną spółkę, pod warunkiem że przekształcane zakłady mają ten sam podmiot tworzący.

2. Przekształcenie, o którym mowa w art. 69, może polegać na przekształceniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mających różne podmioty tworzące będące jednostkami samorządu terytorialnego w jedną spółkę.

Art. 74. 1. W przypadku określonym w art. 73 ust. 2 podmioty tworzące będące jednostkami samorządu terytorialnego zawierają, na podstawie uchwał organów stanowiących tych jednostek, porozumienie obejmujące:

1) nazwy i adresy samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej mających podlegać przekształceniu w spółkę kapitałową;

2) określenie poszczególnych składników mienia wnoszonego do spółki tytułem aportu przez poszczególne podmioty tworzące;

3) określenie wartości i liczby udziałów albo akcji obejmowanych w zamian za aporty, o których mowa w pkt 2;

4) wskazanie podmiotu tworzącego, który będzie wykonywał zadania organu dokonującego przekształcenia;

5) zakres i wysokość kosztów przekształcenia ponoszonych przez poszczególne podmioty tworzące;

6) wskazanie członków organów spółki pierwszej kadencji.

2. Do porozumienia dołącza się projekt umowy spółki (statutu) i projekt regulaminu organizacyjnego.

Art. 75. Organem dokonującym przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, zwanym dalej „organem dokonującym przekształcenia”, jest:

1) odpowiednio minister, centralny organ administracji rządowej albo wojewoda – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których jest podmiotem tworzącym;

2) organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest jednostka samorządu terytorialnego;

3) rektor – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;

4) dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w przypadku samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest to centrum.

Art. 76. 1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany niezwłocznie doręczyć organowi dokonującemu przekształcenia odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zwanym dalej „kwestionariuszem”, wraz z wymaganymi dokumentami, a także udzielać wyjaśnień niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór kwestionariusza oraz wykaz dokumentów niezbędnych do przekształcenia, kierując się koniecznością ograniczenia obowiązków informacyjnych kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do danych niezbędnych do przeprowadzenia przekształcenia.

Art. 77. Organ dokonujący przekształcenia sporządza akt przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę, o której mowa w art. 69, zwany dalej „aktem przekształcenia”.

Art. 78. 1. Akt przekształcenia zawiera:

1) akt założycielski spółki;
2) imiona i nazwiska członków organów spółki pierwszej kadencji;
3) pierwszy regulamin organizacyjny.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy wzór aktu przekształcenia, mając na celu zapewnienie sprawności procesu przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki, o których mowa w art. 69.

Art. 79. 1. Akt przekształcenia zastępuje czynności określone w przepisach ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1577 oraz z 2018 r. poz. 398, 650 i 1544), poprzedzające złożenie wniosku o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców.

2. Niezwłocznie po sporządzeniu aktu przekształcenia zarząd spółki kapitałowej składa wniosek o wpisanie spółki do rejestru przedsiębiorców, a po uzyskaniu wpisu do rejestru przedsiębiorców – wniosek o zmianę wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.

Art. 80. 1. Dniem przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę, o której mowa w art. 69, jest dzień wpisania tej spółki do rejestru przedsiębiorców.

2. Z dniem przekształcenia następuje wykreślenie z urzędu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z Krajowego Rejestru Sądowego.

3. W przypadku prowadzenia na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 164) postępowania w stosunku do przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zarząd spółki, o której mowa w art. 69, informuje niezwłocznie organ restrukturyzacyjny prowadzący to postępowanie o wpisaniu tej spółki do rejestru przedsiębiorców.

4. Jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, spółka kapitałowa z dniem przekształcenia wstępuje we wszystkie prawa i obowiązki, których podmiotem był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Art. 81. 1. Z dniem przekształcenia pracownicy przekształcanego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stają się, z mocy prawa, pracownikami spółki, o której mowa w art. 69.

2. Stosunki pracy osób zatrudnionych na podstawie powołania w przekształcanym samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej wygasają z dniem przekształcenia.

Art. 82. 1. Podmiot tworzący dokonuje na dzień poprzedzający dzień przekształcenia jednorazowego określenia wartości rynkowej nieruchomości znajdujących się w tym dniu w posiadaniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli nieruchomości te są przekazywane na własność spółce, o której mowa w art. 69.

2. Określenia wartości rynkowej nieruchomości, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 15 lit. a ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395, 398, 650 i 1629), dokonuje rzeczoznawca majątkowy na zasadach i w sposób określony w ustawie z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (Dz. U. z 2018 r. poz. 121, z późn. zm.[15)]).

3. Bilans zamknięcia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej staje się bilansem otwarcia spółki, o której mowa w art. 69, przy czym suma kapitałów własnych jest równa sumie funduszu założycielskiego, funduszu zakładu, funduszu z aktualizacji wyceny i niepodzielonego wyniku finansowego za okres działalności zakładu przed przekształceniem, z uwzględnieniem korekty wartości wynikającej z przeszacowania do wartości rynkowej nieruchomości, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz korekty nieumorzonej części wartości nieruchomości, które nie podlegają przekazaniu do spółki, o której mowa w art. 69.

Oddział 3

Podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej oraz jednostki wojskowej

Art. 83. Tworzenie, przekształcenie i likwidacja podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej oraz jednostki wojskowej następuje w drodze:

1) zarządzenia:
   a) ministra,
   b) centralnego organu administracji rządowej,
   c) wojewody;
2) uchwały organu stanowiącego jednostki samorządu terytorialnego.

Art. 84. Zarządzenie albo uchwała o utworzeniu podmiotu, o którym mowa w art. 83, określa w szczególności:

1) nazwę podmiotu;
2) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;

[15)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 50, 650, 1000, 1089, 1496, 1669, 1693 i 1716.

3) formę organizacyjno-prawną;

4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Art. 85. Przekształcenie podmiotu, o którym mowa w art. 83, polega na zmianie rodzaju działalności leczniczej lub istotnej zmianie zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Art. 86. 1. Podmiot, o którym mowa w art. 83, prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

2. Podmiot leczniczy w formie jednostki budżetowej gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego oraz przydzielonymi środkami finansowymi, kierując się efektywnością ich wykorzystania, na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

3. W odniesieniu do działalności leczniczej wykonywanej przez jednostkę wojskową prawa i obowiązki w zakresie prowadzenia rachunkowości i sprawozdawczości, gospodarowania mieniem oraz gromadzenia i rozdysponowywania środków publicznych są wykonywane przez kierownika właściwej dla tego podmiotu leczniczego państwowej jednostki budżetowej, utworzonej przez Ministra Obrony Narodowej, na zasadach i w trybie określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077 oraz z 2018 r. poz. 62, 1000, 1366, 1669 i 1693).

Art. 87. 1. Zarządzenie albo uchwała o likwidacji podmiotu, o którym mowa w art. 83, powinny zawierać w szczególności:

1) określenie podmiotu podlegającego likwidacji;

2) oznaczenie dnia zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych, nie wcześniej niż 3 miesiące od dnia wydania zarządzenia albo podjęcia uchwały;

3) oznaczenie dnia otwarcia likwidacji, nie później niż 30 dni od dnia, o którym mowa w pkt 2;

4) określenie sposobu i trybu zadysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi;

5) oznaczenie dnia zakończenia likwidacji.

2. Przepis art. 60 ust. 4 stosuje się do zarządzeń i uchwał określonych w ust. 1.

3. Zarządzenie albo uchwała:

1) o likwidacji podmiotu, o którym mowa w art. 83, stanowi podstawę wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100, z dniem zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych;

2) o przekształceniu podmiotu, o którym mowa w art. 83, stanowi podstawę dokonania zmian w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.

Art. 88. 1. Wynagrodzenie pracownika:

1) podmiotu, o którym mowa w art. 83

2) (uchylony)

– składa się z wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego dla zajmowanego stanowiska pracy oraz odpowiednio dodatku funkcyjnego, dodatku za stopień lub tytuł naukowy oraz dodatku za wieloletnią pracę, z zastrzeżeniem ust. 3.

2. Dodatek za wieloletnią pracę, o którym mowa w ust. 1, wynosi po 5 latach pracy 5% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Dodatek ten wzrasta o 1% za każdy dalszy rok pracy aż do osiągnięcia 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

3. Pracownikom podmiotu leczniczego działającego w formie jednostki budżetowej, utworzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, wobec których sąd orzekł zastosowanie środka zabezpieczającego lub środka leczniczego, przysługuje oprócz składników wynagrodzenia, o których mowa w ust. 1, dodatek w wysokości od 10% do 50% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Dodatek przysługuje pracownikom, którzy przy wykonywaniu swoich obowiązków mają bezpośredni kontakt z osobami, wobec których sąd orzekł zastosowanie środka zabezpieczającego lub środka leczniczego.

3a. Pracownikom podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 37 ust. 4a, przysługuje oprócz składników wynagrodzenia, o których mowa w ust. 1, dodatek w wysokości od 10% do 50% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Dodatek przysługuje pracownikom, którzy przy wykonywaniu swoich obowiązków mają bezpośredni kontakt z osobami, wobec których sąd orzekł o umieszczeniu w tym podmiocie.

4. Pracownikom wykonującym zawód medyczny oraz innym pracownikom, których praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudnionym w jednostce organizacyjnej więziennictwa, z tytułu pracy z osobami pozbawionymi wolności, przysługuje dodatek w wysokości od 10% do 50% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

5. Miesięczna stawka wynagrodzenia zasadniczego przysługuje za pełny wymiar czasu pracy.

6. Pracownikowi zatrudnionemu w niepełnym wymiarze czasu pracy wszystkie składniki wynagrodzenia przysługują w wysokości proporcjonalnej do wymiaru czasu pracy określonego w umowie o pracę.

7. Przy ustalaniu stawki dodatku funkcyjnego pracodawca powinien kierować się w szczególności specyfiką i charakterem wykonywanych zadań oraz wielkością komórki organizacyjnej, w której pracownik wykonuje pracę.

8. Przepisów ust. 1–7 nie stosuje się, jeżeli przepisy odrębne stanowią inaczej.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw pracy określi, w drodze rozporządzenia, warunki wynagradzania za pracę pracowników, o których mowa w ust. 1, w tym kwoty wynagrodzenia zasadniczego i tabele zaszeregowania pracowników, oraz warunki ustalania i wypłacania innych składników wynagrodzenia, kierując się kwalifikacjami zawodowymi tych pracowników oraz zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty określone w ust. 1.

Rozdział 4

Regulacje szczególne dotyczące działalności leczniczej obejmującej realizację zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia

Art. 89. 1. Podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną wykonuje działalność leczniczą, o której mowa w art. 3 ust. 1 i 2 pkt 2, oraz jest obowiązany do realizacji zadań polegających na kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

2. Podmiot leczniczy, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany do udostępnienia uczelni medycznej jednostek organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych.

3. Podmioty wykonujące działalność leczniczą inne niż określone w ust. 1 mogą udostępniać jednostki organizacyjne niezbędne do prowadzenia działalności, o której mowa w ust. 1.

4. Udostępnienie, o którym mowa w ust. 2 i 3, następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy uczelnią medyczną a podmiotem wykonującym działalność leczniczą, zwanym dalej „udostępniającym".

5. Umowa, o której mowa w ust. 4, określa co najmniej:

1) czas trwania umowy i warunki jej wcześniejszego rozwiązania;

2) środki finansowe należne udostępniającemu z tytułu jej realizacji, sposób przekazywania tych środków oraz zasady ich rozliczeń;

3) wykaz ruchomości i nieruchomości udostępnianych w celu jej realizacji, sposób ich udostępniania oraz zasady i warunki ich wykorzystywania;

4) określenie liczby oraz kwalifikacji zawodowych nauczycieli akademickich mających wykonywać w udostępnianej jednostce organizacyjnej zadania, o których mowa w ust. 1;

5) okoliczności, w których może nastąpić zmiana warunków umowy;

6)[16] zasady odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez studentów, doktorantów lub nauczycieli akademickich i zasady postępowania w przypadku naruszenia przez nich porządku ustalonego przez udostępniającego;

7) zasady prowadzenia kontroli przez uczelnię medyczną w zakresie wykonywania zadań badawczych i dydaktycznych u udostępniającego;

8) zasady rozpatrywania sporów wynikających z jej realizacji.

6. Oznaczenia „klinika" albo „kliniczny" oraz „uniwersytecki" mogą używać wyłącznie udostępniający oraz jednostki organizacyjne udostępnione w trybie ust. 2 i 3.

Art. 90. Uczelnia medyczna jest obowiązana do przekazywania udostępniającemu środków finansowych na realizację zadań dydaktycznych i badawczych.

Art. 91. 1. Jednostką organizacyjną wykonującą działalność dydaktyczną i badawczą, będącą oddziałem, kieruje ordynator albo inny lekarz kierujący.

2. Osobą odpowiedzialną za działalność dydaktyczną i badawczą w jednostce, o której mowa w ust. 1, jest kierownik kliniki.

3. Funkcje, o których mowa w ust. 1 i 2, można pełnić jednocześnie.

[16] W brzmieniu ustalonym przez art. 132 pkt 2 ustawy, o której mowa w odnośniku 8.

4. Kierownik bierze udział w postępowaniu mającym na celu powołanie kierownika kliniki.

Art. 92. Nauczyciele akademiccy uczelni medycznych oraz doktoranci w uczelniach medycznych lub federacjach podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki prowadzących działalność naukową w zakresie nauk medycznych są zatrudnieni w podmiocie leczniczym, o którym mowa w art. 89 ust. 1, albo w jednostce organizacyjnej, o której mowa w art. 89 ust. 2 i 3:[17)]

1) w systemie zadaniowym czasu pracy na podstawie umowy o pracę określającej zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;

2) na podstawie umowy cywilnoprawnej określającej w szczególności zadania dydaktyczne, badawcze i udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych.

Art. 92a.[18)] Przepisy art. 89–92 stosuje się odpowiednio do innej uczelni prowadzącej kształcenie i działalność naukową w zakresie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu.

DZIAŁ III

Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych

Art. 93. 1. Czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

2. Czas pracy pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

3. Czas pracy pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 6 godzin na dobę i przeciętnie 30 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

4. Okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1–3, nie może przekraczać 3 miesięcy.

Art. 94. 1. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, z zastrzeżeniem art. 93 ust. 3 i 4. W rozkładach czas pracy pracowników, o których mowa w art. 93 ust. 1, nie może przekraczać przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, a w stosunku do pracowników, o których mowa w art. 93 ust. 2 – przeciętnie 40 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

2. Okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1, nie może być dłuższy niż miesiąc. W szczególnie uzasadnionych przypadkach okres rozliczeniowy może być przedłużony, nie więcej jednak niż do 4 miesięcy.

3. Rozkład czasu pracy powinien być stosowany na podstawie harmonogramów pracy ustalanych dla przyjętego okresu rozliczeniowego, określających dla poszczególnych pracowników dni i godziny pracy oraz dni wolne od pracy.

4. W rozkładach czasu pracy, o którym mowa w ust. 1, wymiar czasu pracy:

1) pracownic w ciąży,

2) pracowników opiekujących się dzieckiem do lat 4, bez ich zgody

– nie może przekraczać 8 godzin na dobę.

Art. 95. 1. Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego.

2. Dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez osoby, o których mowa w ust. 1, w podmiocie leczniczym wykonującym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

3. Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy.

4. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Do pracy w ramach pełnienia dyżuru nie stosuje się przepisów art. 151 § 3, art. 151^3 i art. 151^4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

5. Do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy art. 151^1 § 1–3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

---

17) Wprowadzenie do wyliczenia w brzmieniu ustalonym przez art. 132 pkt 3 ustawy, o której mowa w odnośniku 8.

18) Dodany przez art. 132 pkt 4 ustawy, o której mowa w odnośniku 8.

6. Zasad wynagradzania, o których mowa w przepisach art. 151^1 § 1–3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, nie stosuje się do lekarzy stażystów, których zasady wynagradzania określają odrębne przepisy.

Art. 96.[19] 1. Pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1, mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przepisu art. 151 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy nie stosuje się.

2. Okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1, nie może być dłuższy niż 4 miesiące.

3. Pracodawca jest obowiązany prowadzić i przechowywać ewidencję czasu pracy pracowników, o których mowa w ust. 1, oraz udostępniać ją organom właściwym do sprawowania nadzoru i kontroli nad przestrzeganiem prawa pracy, które mogą, z powodów związanych z bezpieczeństwem lub zdrowiem pracowników, a także w celu zapewnienia właściwego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych, zakazać albo ograniczyć możliwość wydłużenia maksymalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy.

4. Pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących wobec pracowników, którzy nie wyrazili zgody, o której mowa w ust. 1.

5. Pracodawca jest obowiązany dostarczać organom, o których mowa w ust. 3, na ich wniosek, informacje o przypadkach, w których pracownicy wyrazili zgodę w celu wykonywania pracy w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, o którym mowa w ust. 2.

6. Pracownik może cofnąć zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, informując o tym pracodawcę na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

7. Do wynagrodzenia za pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym stosuje się odpowiednio art. 151^1 § 1–3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

Art. 96. (uchylony)[20]

Art. 97. 1. Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.

2. Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego.

3. Pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

4. W przypadku uzasadnionym organizacją pracy pracownikowi, o którym mowa w art. 95 ust. 1, przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni.

Art. 98. 1. Pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1, mogą zostać zobowiązani do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.

3. Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego oblicza się, dzieląc kwotę miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaszeregowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu.

4. W przypadku wezwania do podmiotu leczniczego zastosowanie mają przepisy dotyczące dyżuru medycznego.

Art. 99. Pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przysługuje dodatek w wysokości:

1) co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 98 ust. 3, za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej;

2) co najmniej 45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 98 ust. 3, za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy.

[19] W tym brzmieniu obowiązuje do wejścia w życie zmiany, o której mowa w odnośniku 20.

[20] Przez art. 3 pkt 2 ustawy, o której mowa w odnośniku 9; wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2028 r.

Art. 99a. Przepisów art. 93–99 nie stosuje się do pracowników wykonujących zawód medyczny na podstawie przepisów ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa.

DZIAŁ IV

Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Art. 100. 1. Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zwanego dalej „rejestrem", zawierający następujące dane:

1) imię i nazwisko, nazwę albo firmę;
2) adres siedziby albo miejsca zamieszkania;
3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
4) formę organizacyjno-prawną;
5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
6) nazwę zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
7) (uchylony)
8) numer REGON;
9) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
10) dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

1a. Nazwa zakładu leczniczego, o której mowa w ust. 1 pkt 6, nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego zgodnie z ust. 1 pkt 1.

2.[21)] Wraz z wnioskiem wnioskodawca składa oświadczenie następującej treści: „Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny oświadczam, że:

1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
3) nie prowadzę hurtowni farmaceutycznej, hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki ogólnodostępnej ani punktu aptecznego, a także nie wystąpiłem z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie;
4) nie zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpiłem z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.".

3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2, zawiera ponadto:

1) imię i nazwisko, nazwę albo firmę wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania albo siedziby;
2) oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia;
3) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

4. (uchylony)

5. (uchylony)

Art. 101. 1. Lekarz, który zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane:

1) imię i nazwisko lekarza;

[21)] W brzmieniu ustalonym przez art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 7 czerwca 2018 r. o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1375), która weszła w życie z dniem 1 sierpnia 2018 r.

2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza;

3) formę działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym również w zakresie, o którym mowa w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;

4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w tym również w zakresie, o którym mowa w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w przypadku wykonywania praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania;

5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);

6) adres do korespondencji;

7) posiadane specjalizacje.

8) (uchylony)

2. Lekarze zamierzający wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupową praktykę lekarską w celu uzyskania wpisu do rejestru składają wniosek zawierający:

1) listę lekarzy wspólników albo partnerów spółki, ze wskazaniem imion i nazwisk, ich miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;

2) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 2–7;

3) (uchylony)

4) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

3. Przepisy art. 100 ust. 2 i 3 stosuje się.

Art. 102. 1. Pielęgniarka, która zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane:

1) imię i nazwisko pielęgniarki;

2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;

3) formę działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;

4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;

5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);

6) adres do korespondencji;

7) posiadane specjalizacje.

8) (uchylony)

2. Pielęgniarki zamierzające wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupową praktykę w celu uzyskania wpisu do rejestru składają wniosek zawierający następujące dane:

1) listę pielęgniarek stron umowy spółki cywilnej, wspólników albo partnerów spółki, ze wskazaniem imion i nazwisk, ich miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;

2) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 2–7;

3) (uchylony)

4) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

3. Przepisy art. 100 ust. 2 i 3 stosuje się.

Art. 103. Działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru, z zastrzeżeniem art. 104.

Art. 104. 1. Organ prowadzący rejestr dokonuje wpisu do rejestru w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis do rejestru wraz z oświadczeniem.

2. Jeżeli właściwy organ nie dokona wpisu w terminie, o którym mowa w ust. 1, a od dnia wpływu wniosku do tego organu upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał tego wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis

nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin, o którym mowa w zdaniu pierwszym, biegnie od dnia wpływu uzupełnienia wniosku o wpis.

3.[22)] Organ prowadzący rejestr wydaje z urzędu zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru.

Art. 105. 1. Wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej:

1) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski", obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru – w przypadku lekarza lub pielęgniarki,

2) 10% wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1 – w przypadku podmiotu leczniczego

– zaokrąglonej w górę do pełnego złotego.

2. Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa w ust. 1.

2a. Wniosek o zmianę wpisu w rejestrze, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

3. Opłaty, o których mowa w ust. 1 i 2, stanowią:

1) dochód budżetu państwa – w przypadku opłat pobieranych od podmiotów leczniczych;

2) przychód właściwej okręgowej izby lekarskiej – w przypadku opłat pobieranych od praktyk zawodowych lekarzy;

3) przychód właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych – w przypadku opłat pobieranych od praktyk zawodowych pielęgniarek.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres danych objętych wpisem do rejestru oraz szczegółowy tryb postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z rejestru, uwzględniając potrzebę zapewnienia spójności i kompletności danych zawartych w rejestrze, a także koszty związane z postępowaniem w sprawie wpisu.

4a. Organ prowadzący rejestr nadaje podmiotowi leczniczemu oraz jednostkom lub komórkom organizacyjnym jego zakładu leczniczego resortowe kody identyfikacyjne, zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych.

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

1) system resortowych kodów identyfikacyjnych,

2) szczegółowy sposób nadawania kodów, o których mowa w pkt 1

– uwzględniając konieczność zapewnienia właściwej identyfikacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rejestrze.

Art. 106. 1. Organem prowadzącym rejestr jest:

1) wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego – w odniesieniu do podmiotów leczniczych,

2) okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza – w odniesieniu do tych praktyk, a w odniesieniu do członków wojskowej izby lekarskiej – Wojskowa Rada Lekarska,

3) okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę – w odniesieniu do tych praktyk

– zwani dalej „organem prowadzącym rejestr".

1a. Rejestr jest jawny.

2. Rejestr prowadzi się w systemie teleinformatycznym. Podmiotem odpowiedzialnym za funkcjonowanie systemu teleinformatycznego rejestru jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Sposób prowadzenia rejestru i funkcjonowania systemu teleinformatycznego określają przepisy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

2a. Jednostka, o której mowa w ust. 2, może udostępniać dane objęte rejestrem, w tym za pośrednictwem strony internetowej.

[22)] Dodany przez art. 143 pkt 3 ustawy, o której mowa w odnośniku 2.

2b. Jednostka, o której mowa w ust. 2:

1) zapewnia dostęp do danych objętych rejestrem podmiotowi publicznemu albo podmiotowi niebędącemu podmiotem publicznym, realizującemu zadania publiczne na podstawie odrębnych przepisów albo na skutek powierzenia lub zlecenia przez podmiot publiczny ich realizacji;

2) może przekazać dane objęte rejestrem do ponownego ich wykorzystywania w innym celu niż realizacja zadania publicznego.

2c. W przypadku, o którym mowa w ust. 2b:

1) pkt 1 – stosuje się odpowiednio art. 15 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 570 oraz z 2018 r. poz. 1000, 1544 i 1669) oraz przepisy wydane na podstawie art. 15 ust. 3 tej ustawy;

2) pkt 2 – stosuje się odpowiednio art. 15 ust. 4 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

3. W przypadku podmiotu leczniczego do rejestru wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

1) oznaczenia podmiotu leczniczego:
   a) firmę, nazwę albo imię i nazwisko,
   b) adres podmiotu,
   c) (uchylona)
   d) (uchylona)[23)]
   e) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
2) dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą;
3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
4) formę organizacyjno-prawną;
5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
6) dane dotyczące struktury organizacyjnej zakładu leczniczego, w tym wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
7) datę wpisu do rejestru;
8) (uchylony)
9) datę zmiany wpisu do rejestru;
10) datę i numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;
10a) miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego;
11) dane dotyczące akredytacji lub certyfikacji;
12) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli, o których mowa w art. 111.
13) (uchylony)

4. W przypadku praktyki zawodowej do rejestru wpisuje się numer księgi rejestrowej oraz dane dotyczące:

1) oznaczenia lekarza lub pielęgniarki:
   a) imię i nazwisko,
   b) imiona i nazwiska wspólników spółki – w przypadku spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej lekarzy albo pielęgniarek lub położnych,
   c) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP),
   d) adres do korespondencji,
   e) posiadane specjalizacje,
   f) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu;

[23)] Przez art. 143 pkt 4 ustawy, o której mowa w odnośniku 2.

g) (uchylona)

2) oznaczenie rodzaju praktyki;

3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej;

4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;

5) datę wpisu do rejestru;

6) (uchylony)

7) datę zmiany wpisu do rejestru;

8) datę i numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;

8a) miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakończenia działalności leczniczej przez lekarza lub pielęgniarkę;

9) dane dotyczące akredytacji lub certyfikacji;

10) daty i wyniki przeprowadzonych kontroli, o których mowa w art. 111.

11) (uchylony)

5. Organ prowadzący rejestr udostępnia systemowi informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w przepisach o systemie informacji w ochronie zdrowia, dane objęte wpisem do rejestru.

6. Organ prowadzący rejestr udostępnia Narodowemu Funduszowi Zdrowia dane objęte wpisem do rejestru.

Art. 106a.[24)] Organ prowadzący rejestr prostuje z urzędu wpis do rejestru zawierający oczywiste błędy lub niezgodności ze stanem faktycznym.

Art. 107. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

1a. Organ prowadzący rejestr dokonuje zmiany wpisu w zakresie danych dotyczących podmiotu wykonującego działalność leczniczą wynikających z dostosowania treści wpisu do zmian niezależnych od tego podmiotu z urzędu.

2. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

3. W przypadku praktyk zawodowych lekarzy uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa okręgowa rada lekarska.

4. W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwałę w sprawie nałożenia kary pieniężnej podejmuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych.

5. Do uchwał, o których mowa w ust. 3 i 4, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych.

6. Organem wyższego stopnia w sprawach nałożenia kary pieniężnej jest minister właściwy do spraw zdrowia.

7. Karę pieniężną uiszcza się w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji administracyjnej.

8. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej organ prowadzący rejestr jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń.

9. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

10. Do kary pieniężnej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa dotyczące terminu przedawnienia zobowiązań podatkowych oraz odsetek od tych zobowiązań.

11. Na decyzję w sprawie kary pieniężnej przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 108. 1. Organ prowadzący rejestr odmawia wnioskodawcy wpisu do rejestru, w przypadku gdy:

1) wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wnioskodawcy wykonywania działalności objętej wpisem;

[24)] Dodany przez art. 143 pkt 5 ustawy, o której mowa w odnośniku 2.

2) podmiot wykonujący działalność leczniczą wykreślono z rejestru na podstawie ust. 2 pkt 1, 3 lub 4 w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku;

3) wnioskodawca nie spełnia warunków, o których mowa w art. 17 ust. 1, art. 18 albo art. 19;

4)[25] wnioskodawca:

a) prowadzi hurtownię farmaceutyczną lub hurtownię farmaceutyczną produktów leczniczych weterynaryjnych albo wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jej prowadzenie,

b) prowadzi aptekę ogólnodostępną albo wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jej prowadzenie,

c) prowadzi punkt apteczny albo wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jego prowadzenie,

d) zajmuje się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi albo wystąpił z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.[26]).

2. Wpis do rejestru podlega wykreśleniu w przypadku:

1) złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 100 ust. 2, niezgodnego ze stanem faktycznym;

2) wydania prawomocnego orzeczenia zakazującego podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru;

3) rażącego naruszenia warunków wymaganych do wykonywania działalności objętej wpisem;

4) niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych, o których mowa w art. 112 ust. 7 pkt 2;

5) złożenia wniosku o wykreślenie z rejestru;

6) bezskutecznego upływu terminu podjęcia działalności wyznaczonego przez organ prowadzący rejestr, nie dłuższego niż 3 miesiące, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą w terminie 3 miesięcy od dnia wpisu do rejestru nie podjął działalności;

7)[27] skreślenia lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej z przyczyn określonych w art. 7 pkt 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 i 1669) albo wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z przyczyn określonych w art. 42 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.[28]) – w przypadku praktyk zawodowych;

7)[29] skreślenia lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej z przyczyn określonych w art. 7 pkt 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 i 1669) albo wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z przyczyn określonych w art. 42 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.[28]) – w przypadku indywidualnej praktyki zawodowej;

8)[30] uzyskania informacji o zgonie podmiotu lub uzyskania informacji z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo Krajowego Rejestru Sądowego o wykreśleniu podmiotu.

8)[29] uzyskania informacji z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo Krajowego Rejestru Sądowego o wykreśleniu podmiotu.

2a.[31] Wykreślenie z rejestru z przyczyn, o których mowa w ust. 2 pkt 1–4 oraz 6–8, następuje z urzędu.

3. W przypadkach, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 3 i 4, wykreślenie z rejestru następuje po uprzednim wydaniu decyzji przez organ prowadzący rejestr o zakazie wykonywania działalności objętej wpisem do rejestru. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

---

25) Dodany przez art. 4 pkt 2 ustawy, o której mowa w odnośniku 21.

26) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1039, 1375, 1515, 1544, 1629, 1637 i 1669.

27) W tym brzmieniu obowiązuje do wejścia w życie zmiany, o której mowa w odnośniku 29.

28) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 1000, 1515, 1544, 1629 i 1669.

29) W brzmieniu ustalonym przez art. 110 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zarządzie sukcesyjnym przedsiębiorstwem osoby fizycznej (Dz. U. poz. 1629), która wejdzie w życie z dniem 25 listopada 2018 r.

30) Dodany przez art. 143 pkt 6 lit. a ustawy, o której mowa w odnośniku 2; w tym brzmieniu obowiązuje do wejścia w życie zmiany, o której mowa w odnośniku 29.

31) Dodany przez art. 143 pkt 6 lit. b ustawy, o której mowa w odnośniku 2.

3a.[32)] Przepis ust. 2 stosuje się odpowiednio, w przypadku gdy podmiot wykonuje działalność leczniczą objętą wpisem także na podstawie wpisów do innych rejestrów działalności regulowanej w tym samym zakresie działalności gospodarczej.

4. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, który wykreślono z rejestru na podstawie ust. 2 pkt 1, 3 lub 4, może uzyskać ponowny wpis do tego rejestru nie wcześniej niż po upływie 3 lat od dnia wykreślenia z rejestru.

5.[33)] Przepis ust. 4 stosuje się do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który wykonywał tę działalność bez wpisu do rejestru. Nie dotyczy to sytuacji określonej w art. 104 ust. 2.

Art. 109. 1. Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1 pkt 1, dokonuje zmiany wpisu do rejestru polegającej na wykreśleniu zakładu leczniczego w przypadkach, o których mowa w art. 108 ust. 2 pkt 3 i 4, dotyczących wyłącznie tego zakładu leczniczego.

2. Przepis ust. 1 stosuje się wyłącznie w odniesieniu do podmiotu leczniczego prowadzącego więcej niż jeden zakład leczniczy.

3. Zmiana, o której mowa w ust. 1, następuje po uprzednim wydaniu decyzji przez organ prowadzący rejestr. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

4. Przepis art. 108 ust. 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 110. 1. Do decyzji w sprawie odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego dotyczące decyzji administracyjnych.

2. W przypadku praktyk zawodowych lekarzy uchwałę w sprawach, o których mowa w ust. 1, podejmuje właściwa okręgowa rada lekarska.

3. W przypadku praktyk zawodowych pielęgniarek uchwałę w sprawach, o których mowa w ust. 1, podejmuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych.

4. Organem wyższego stopnia w sprawach odmowy wpisu, odmowy jego zmiany i wykreślenia wpisu z rejestru jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 111. 1. Organ prowadzący rejestr jest uprawniony do kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

2. Kontrola jest przeprowadzana przez osoby upoważnione przez organ prowadzący rejestr do wykonywania czynności kontrolnych.

3. Osoby, o których mowa w ust. 2, wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo:

1) żądania informacji i dokumentacji;
2) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym lub statucie, w tym dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
3) wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
4) udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
5) wglądu do dokumentacji medycznej;
6) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

4. Czynności wymienione w ust. 3 pkt 2, 4 i 5 mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny.

5. Organ prowadzący rejestr może zlecić przeprowadzenie kontroli:

1) konsultantom wojewódzkim, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 890 oraz z 2018 r. poz. 1669);
2) jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ten organ.

Art. 111a. 1.[34)] Organ prowadzący rejestr wszczyna kontrolę podmiotu wykonującego działalność leczniczą w przypadku otrzymania informacji określonej w art. 87 ust. 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.

2. W przypadku zbywania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, wbrew przepisom art. 87 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne,

32) Dodany przez art. 143 pkt 6 lit. c ustawy, o której mowa w odnośniku 2.
33) Dodany przez art. 143 pkt 6 lit. d ustawy, o której mowa w odnośniku 2.
34) Ze zmianą wprowadzoną przez art. 4 pkt 3 ustawy, o której mowa w odnośniku 21.

organ prowadzący rejestr, w drodze decyzji, nakłada na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości dwukrotnej wartości zbytych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

3. Karę pieniężną uiszcza się w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji administracyjnej.

4. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

5. Do kary pieniężnej stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Ordynacja podatkowa, dotyczące terminu przedawnienia zobowiązań podatkowych oraz odsetek od tych zobowiązań.

6. Wpływy z kar pieniężnych stanowią dochód budżetu państwa.

7. Do kontroli, o której mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 111 i art. 112.

Art. 112. 1. Z przeprowadzanych czynności kontrolnych sporządza się protokół, który zawiera:

1) imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania albo firmę albo nazwę oraz adres siedziby;
2) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych;
4) imiona i nazwiska osób wykonujących czynności kontrolne;
5) opis stanu faktycznego;
6) stwierdzone nieprawidłowości;
7) wnioski osób wykonujących czynności kontrolne;
8) datę i miejsce sporządzenia protokołu;
9) informację o braku zastrzeżeń albo informację o odmowie podpisania protokołu oraz o przyczynie tej odmowy.

2. Protokół podpisują osoby wykonujące czynności kontrolne oraz kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

3. Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgłosi umotywowane zastrzeżenia co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić protokół.

4. Zgłoszenie zastrzeżeń, o których mowa w ust. 3, nie stanowi przeszkody do podpisania protokołu przez osoby wykonujące czynności kontrolne.

5. Protokół kontroli sporządza się w dwóch egzemplarzach, z których jeden egzemplarz przekazuje się kierownikowi podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

6. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu, ma prawo do wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

7. Na podstawie ustaleń zawartych w protokole organ prowadzący rejestr:

1) wykreśla podmiot wykonujący działalność leczniczą – w przypadku stwierdzenia okoliczności, o których mowa w art. 108 ust. 2 pkt 1, 3 lub 4;
2) w innych przypadkach niż określone w pkt 1 wydaje zalecenia pokontrolne mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania.

Art. 113.[35)] W zakresie nieuregulowanym w ustawie do kontroli, o której mowa w art. 111, stosuje się przepisy ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców.

DZIAŁ V

Zasady przekazywania środków publicznych podmiotom wykonującym działalność leczniczą

Art. 114. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymać środki publiczne z przeznaczeniem na:

1) realizację zadań w zakresie programów polityki zdrowotnej, programów zdrowotnych i promocji zdrowia, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji tych zadań;
2) remonty;
3) inne niż określone w pkt 1 inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;

35) W brzmieniu ustalonym przez art. 143 pkt 7 ustawy, o której mowa w odnośniku 2.

4) realizację projektów finansowanych z udziałem środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej lub niepodlegających zwrotowi środków z pomocy udzielanej przez państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), lub innych niż wymienione środków pochodzących ze źródeł zagranicznych niepodlegających zwrotowi na zasadach określonych w odrębnych przepisach;

5) cele określone w odrębnych przepisach oraz umowach międzynarodowych;

6) realizację programów wieloletnich;

7) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą może otrzymywać środki publiczne na zadania, o których mowa w ust. 1:

1) pkt 1, w odniesieniu do wydatków inwestycyjnych,

2) pkt 2 i 3

– w zakresie, w jakim realizacja tych zadań służy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Wysokość środków publicznych, o których mowa w ust. 2, nie może przekroczyć wysokości kosztów koniecznych do realizacji całości zadania.

4. Maksymalna wysokość środków publicznych, o których mowa w ust. 2, jest ustalana według wzoru:

$$W = K \times P_0$$

gdzie współczynnik przychodów $P_0 = \left[\frac{a_0}{a_0 + b_0}\right]$, a poszczególne symbole oznaczają:

W – wysokość środków publicznych,

K – planowany koszt realizacji zadania określonego w ust. 1 pkt 1–3,

a_0 – przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

b_0 – przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż określone dla symbolu „a_0” uzyskane w poprzednim roku obrotowym.

5. Środki publiczne na zadania określone w ust. 1 pkt 7 są przyznawane na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

6. Do przekazywania środków publicznych na zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1–3, podmiotom wykonującym działalność leczniczą utworzonym w roku, w którym następuje przekazanie tych środków, nie stosuje się przepisów ust. 4.

Art. 115. 1. Na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1 i 4–7, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać środki finansowe na podstawie umowy zawartej:

1) ze Skarbem Państwa, reprezentowanym przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, a także z jednostką samorządu terytorialnego lub z uczelnią medyczną;

2) z innym podmiotem uprawnionym do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do decyzji, o której mowa w art. 5 pkt 9 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2018 r. poz. 1307 i 1669) oraz w art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431 i 1544).

3. Na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1–6, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać od podmiotu, o którym mowa w ust. 1, z wyjątkiem uczelni medycznej, dotację w rozumieniu przepisów o finansach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Dotację, o której mowa w ust. 3, na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3, może przyznać:

1) minister właściwy do spraw zdrowia:

   a) spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego,

   b) spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, w której uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego,

c) samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia albo uczelnia medyczna;

2) inny minister, centralny organ administracji rządowej oraz wojewoda:

a) spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego,

b) samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego jest podmiotem tworzącym.

4a.[36)] Podmiot leczniczy może uzyskać dotację od podmiotów, o których mowa w ust. 4, wyłącznie na realizację zadania, o którym mowa w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3, dla którego została wydana pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4b.[36)] Podmiot leczniczy ubiegający się o dotację, o której mowa w ust. 4, przedkłada właściwemu organowi pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z wnioskiem o dotację.

5. Do warunków i trybu przekazywania środków publicznych na podstawie umowy, o której mowa w ust. 1, nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.

6. Dotacja, o której mowa w ust. 3, niewykorzystana, wykorzystana niezgodnie z przeznaczeniem, pobrana nienależnie lub w nadmiernej wysokości podlega zwrotowi na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

Art. 116. 1. Umowa, o której mowa w art. 115, zawiera co najmniej:

1) szczegółowy opis zadania, w tym cel, na jaki środki zostały przyznane, i termin jego wykonania;

2) wysokość środków finansowych;

3) sposób płatności środków finansowych;

4) termin wykorzystania środków finansowych, nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia danego roku budżetowego;

5) tryb kontroli wykonywania zadania;

6) termin i sposób rozliczenia przyznanych środków finansowych;

7) termin zwrotu niewykorzystanej części środków finansowych, nie dłuższy niż 15 dni od określonego w umowie dnia wykonania zadania, a w przypadku zadania realizowanego za granicą – 30 dni od tego dnia.

2. W zakresie środków publicznych uzyskanych na podstawie art. 114 ust. 1:

1) pkt 1, w odniesieniu do wydatków inwestycyjnych,

2) pkt 2 i 3

– rozliczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 6, oraz rozliczenie dotacji, o której mowa w art. 115 ust. 3, uwzględnia dane, o których mowa w art. 114 ust. 4, w zakresie wysokości przychodów uzyskanych w roku obrotowym lub – w przypadku realizacji zadania, którego dofinansowanie albo finansowanie ze środków publicznych trwa dłużej niż jeden rok – w latach obrotowych, w których podmiot wykonujący działalność leczniczą otrzymał środki publiczne.

3. W wyniku rozliczenia podmiot wykonujący działalność leczniczą, który uzyskał środki publiczne na realizację zadania, o którym mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1, w odniesieniu do wydatków inwestycyjnych, oraz o którym mowa w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3, jest obowiązany dokonać zwrotu otrzymanych środków w kwocie przewyższającej wartość iloczynu kosztów rzeczywistych realizacji zadania i współczynnika P_n, a w przypadku wyższych kosztów rzeczywistych od kosztów planowanych, o których mowa w art. 114 ust. 4 – kosztów planowanych i współczynnika P_n,

gdzie współczynnik $P_n = \left[\frac{a_n}{a_n+b_n}\right]$, a poszczególne symbole oznaczają:

a_n – przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskane w okresie, o którym mowa w ust. 2,

b_n – przychody podmiotu wykonującego działalność leczniczą z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż określone dla symbolu „a_n" uzyskane w okresie, o którym mowa w ust. 2.

3a. Przepisu ust. 3 nie stosuje się, w przypadku gdy z umowy na podstawie której przekazano środki publiczne wynika zwrot środków w kwocie wyższej niż ustalona zgodnie z wzorem określonym w ust. 3.

[36)] Dodany przez art. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1128), która weszła w życie z dniem 13 lipca 2018 r.

4. Do umów na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 4, stosuje się przepisy o finansach publicznych.

Art. 117. Zasady przekazywania i wykorzystania środków publicznych przez podmioty lecznicze będące jednostkami budżetowymi na cele określone w art. 114 ust. 1 określają przepisy o finansach publicznych.

DZIAŁ VI

Kontrola i nadzór

Art. 118. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych pod względem:

1) zgodności z prawem;

2) medycznym.

2. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony w szczególności do:

1) wizytacji pomieszczeń;

2) obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta;

3) oceny uzyskanej dokumentacji medycznej;

4) oceny informacji i dokumentacji innej niż dokumentacja medyczna;

5) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;

6) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie niewymienionym w pkt 5;

7) oceny gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi.

3. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 2, minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do czynności wymienionych w ust. 2 pkt 1–3 i 5.

4. Czynności wymienione w ust. 2 pkt 2, 3 i 5 mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny.

Art. 119. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić przeprowadzenie kontroli, o której mowa w art. 118:

1) wojewodom;

2) konsultantom krajowym, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia;

3) jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez tego ministra.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić, na podstawie umowy, odpłatne przeprowadzenie jednorazowej kontroli, o której mowa w art. 118 ust. 1 pkt 2:

1) organom samorządów zawodów medycznych;

2) medycznym towarzystwom naukowym;

3) uczelniom medycznym;

4) instytutom badawczym;

5) specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny.

3. Kontrola zlecana podmiotom, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 1–4, przeprowadzana jest przez osoby wykonujące zawód medyczny. Do kontroli zlecanej wojewodzie stosuje się art. 111 ust. 5.

4. Osobie przeprowadzającej kontrolę na podstawie ust. 1 i 2 przysługują uprawnienia określone odpowiednio w art. 118 ust. 2 lub 3.

5. Umowa, o której mowa w ust. 2, zawiera w szczególności określenie terminu przeprowadzenia kontroli oraz wysokości wynagrodzenia za jej przeprowadzenie.

Art. 120. Minister właściwy do spraw zdrowia informuje podmiot tworzący o wynikach przeprowadzonej kontroli, o której mowa w art. 118 i art. 119.

Art. 121. 1. Nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący.

2. Podmiot tworzący sprawuje nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą z przepisami prawa, statutem i regulaminem organizacyjnym oraz pod względem celowości, gospodarności i rzetelności.

3. W ramach nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą oraz dokonuje kontroli i oceny działalności tego podmiotu.

4. Kontrola i ocena, o których mowa w ust. 3, obejmują w szczególności:

1) realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych;

2) prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi;

3) gospodarkę finansową.

5. Podmiot tworzący w razie stwierdzenia niezgodnych z prawem działań kierownika wstrzymuje ich wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do ich zmiany lub cofnięcia. W przypadku niedokonania zmiany lub cofnięcia tych działań w wyznaczonym terminie podmiot tworzący może rozwiązać z kierownikiem stosunek pracy albo umowę cywilnoprawną.

6. (uchylony)

7. Wnioski z kontroli, o której mowa w art. 89 ust. 5 pkt 7, przekazuje się niezwłocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

8. Minister, centralny organ administracji rządowej lub wojewoda, będący podmiotem tworzącym, wykonuje kontrolę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą na zasadach i w trybie określonych w przepisach o kontroli w administracji rządowej.

Art. 122. 1. Kontrolę, o której mowa w art. 118, art. 119 i art. 121 ust. 3, przeprowadza się na podstawie upoważnienia, udzielonego odpowiednio przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo podmiot tworzący.

2. W ramach udzielonego upoważnienia kontrolujący ma prawo do:

1) wstępu do pomieszczeń podmiotu leczniczego;

2) wglądu do dokumentów i innych materiałów związanych z działalnością podmiotu leczniczego, z uwzględnieniem przepisów o ochronie informacji ustawowo chronionych;

3) przeprowadzania oględzin;

4) sprawdzania przebiegu określonych czynności;

5) żądania od kierownika i pracowników podmiotu leczniczego ustnych i pisemnych wyjaśnień;

6) zabezpieczania dowodów.

3. Kierownik podmiotu leczniczego jest obowiązany do:

1) niezwłocznego przedstawiania na żądanie kontrolującego wszelkich dokumentów i materiałów niezbędnych do przeprowadzenia kontroli oraz zapewnienia terminowego udzielania wyjaśnień przez pracowników;

2) zapewnienia warunków i środków niezbędnych do sprawnego przeprowadzenia kontroli, w szczególności udostępniania, w miarę możliwości, oddzielnych pomieszczeń z odpowiednim wyposażeniem;

3) sporządzenia na żądanie kontrolującego niezbędnych do kontroli odpisów, kserokopii lub wyciągów z dokumentów oraz zestawień i obliczeń opartych na dokumentach.

4. Z przeprowadzonej kontroli, sporządza się wystąpienie pokontrolne.

5. Na podstawie ustaleń kontroli podmiot tworzący albo minister właściwy do spraw zdrowia mogą przedstawić kierownikowi w wystąpieniu pokontrolnym zalecenia pokontrolne nakazujące usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli, o której mowa w art. 118, art. 119 i art. 121 ust. 3, w tym warunki i tryb przygotowania oraz prowadzenia czynności kontrolnych, dokumentowania poszczególnych czynności kontrolnych, sporządzania wystąpień pokontrolnych, możliwości składania zastrzeżeń do ustaleń kontroli i ich rozpatrzenia oraz wzory dokumentów obowiązujących przy przeprowadzaniu czynności kontrolnych, mając na uwadze konieczność sprawnego i bezstronnego przeprowadzania kontroli.

7. Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości, minister właściwy do spraw wewnętrznych lub Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, każdy w zakresie swojego działania, przeprowadzają kontrolę, o której mowa w art. 118 i art. 119, w sposób i w trybie określonych w rozporządzeniu wydanym na podstawie ust. 6.

DZIAŁ VII

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 123–189. (pominięte)

DZIAŁ VIII

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 190. Jeżeli podmiot tworzący przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową na zasadach określonych w art. 69–82 w okresie do dnia 31 grudnia 2013 r., zobowiązania podmiotu tworzącego przejęte od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 191 i art. 192 ust. 1, umarza się.

Art. 191. Umorzeniu podlegają znane na dzień 31 grudnia 2009 r. zobowiązania podmiotu tworzącego przejęte od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wraz z odsetkami:

1) z tytułu podatków wobec budżetu państwa oraz należności celnych;
2) z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne w części finansowanej przez płatnika oraz na Fundusz Pracy, z wyjątkiem składek na ubezpieczenie emerytalne;
3) wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
4) z tytułu:
   a) opłat za gospodarcze korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów o ochronie i kształtowaniu środowiska,
   b) opłat za korzystanie ze środowiska w rozumieniu przepisów Prawa ochrony środowiska,
   c) opłat za szczególne korzystanie z wód w rozumieniu przepisów Prawa wodnego

   – stanowiących przychody Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, wojewódzkich funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej oraz dochody budżetów powiatów i budżetów gmin, niezależnie od tego, na rachunek bankowy którego organu administracji publicznej opłaty te powinny być wpłacone przez zakład, z zastrzeżeniem art. 195;
5) z tytułu administracyjnych kar pieniężnych określonych w przepisach ustaw wymienionych w pkt 4;
6) z tytułu opłat za użytkowanie wieczyste gruntów Skarbu Państwa w części stanowiącej dochód budżetu państwa;
7) z tytułu odsetek za zwłokę, opłaty prolongacyjnej, opłaty dodatkowej, kosztów upomnienia, od zaległości wymienionych w pkt 1–6.

Art. 192. 1. Umorzeniu podlegają również:

1) zobowiązania z tytułów wymienionych w art. 191, w stosunku do których do dnia przekształcenia, o którym mowa w art. 80 ust. 1, zostały wydane decyzje rozkładające ich spłatę na raty lub odraczające termin ich płatności, albo gdy zobowiązania te stanowią należności sporne;
2) opłaty prolongacyjne ustalone w związku z decyzjami, o których mowa w pkt 1;
3) koszty egzekucyjne dotyczące zobowiązań z tytułów wymienionych w art. 191.

2. Umorzeniu nie podlegają zobowiązania z tytułu:

1) zaległości podatkowych i celnych określonych w decyzji właściwego organu podatkowego lub organu celnego,
2) składek na ubezpieczenia społeczne i składek na Fundusz Pracy,
3) wpłat do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
4) opłat i kar dla Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej, wojewódzkich funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej, budżetów powiatów i budżetów gmin,
5) opłat za użytkowanie wieczyste gruntów Skarbu Państwa

– określone w wyniku postępowania kontrolnego, jeżeli zaległości te określone zostały w związku z dokonywaniem czynności prawnych mających na celu obejście przepisów podatkowych, o należnościach celnych, o ubezpieczeniach społecznych lub przepisów dotyczących wymiaru i poboru tych należności.

Art. 193. Przychody z tytułu umorzenia zobowiązań, o których mowa w art. 191 i art. 192, nie stanowią przychodu w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych, z wyjątkiem zobowiązań zaliczonych do kosztów uzyskania przychodów.

Art. 194. 1. Przepisy dotyczące umorzenia zobowiązań publicznoprawnych stosuje się odpowiednio do należności z tytułu zobowiązań podatkowych stanowiących dochody budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz zobowiązań

publicznoprawnych, o których mowa w art. 192 ust. 2 pkt 4 i 5, w części dotyczącej przychodów wojewódzkich funduszy ochrony środowiska i gospodarki wodnej oraz dochodów budżetów powiatów i budżetów gmin, jeżeli organ stanowiący właściwej jednostki samorządu terytorialnego podejmie uchwałę o umorzeniu tych należności.

2. Umorzenie należności jednostek samorządu terytorialnego z tytułu zobowiązań, o których mowa w ust. 1, nie uprawnia tych jednostek do rekompensaty ubytku ich dochodów z tego tytułu przez budżet państwa.

Art. 195. 1. Podmiot tworzący przekazuje organom będącym wierzycielami zobowiązań, o których mowa w art. 191 i art. 192 ust. 1:

1) odpis postanowienia sądu o wpisie spółki do rejestru przedsiębiorców;

2) odpis postanowienia sądu o wykreśleniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z Krajowego Rejestru Sądowego;

3) uwierzytelnioną kopię aktu przekształcenia.

2. Dokumenty określone w ust. 1 stanowią podstawę dla właściwych organów do wydania decyzji o umorzeniu zobowiązań.

Art. 196. 1. Podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową na zasadach określonych w art. 69–82, może ubiegać się w okresie do dnia 31 grudnia 2013 r. o dotację celową z budżetu państwa.

2. Jeżeli podmiotem tworzącym jest podmiot, o którym mowa w art. 6 ust. 1, który spełnia warunki do uzyskania dotacji, podmiot ten otrzymuje środki finansowe na cele, o których mowa w art. 201, w drodze przeniesienia wydatków w budżecie państwa dokonanego przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 197. Warunkami uzyskania dotacji są:

1) wpisanie spółki powstałej z przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej do rejestru przedsiębiorców nie później niż w dniu 31 grudnia 2013 r.;

2) spełnienie warunku polegającego na:

   a) zawarciu ugody z wierzycielami w zakresie zobowiązań cywilnoprawnych podmiotu tworzącego przejętych od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, obejmującej co najmniej częściowe umorzenie tych zobowiązań lub odsetek od nich, lub

   b) istnieniu w dniu przekształcenia przejętych przez podmiot tworzący zobowiązań cywilnoprawnych wynikających z zaciągniętych kredytów bankowych, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, lub

   c) uiszczeniu przez podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, podatku od towarów i usług od wniesionego do tej spółki aportu, lub

   d) istnieniu w dniu przekształcenia zobowiązania wynikającego z pożyczki udzielonej przez podmiot tworzący samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej do dnia 31 grudnia 2009 r., lub

   e) poniesieniu kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości w sposób, o którym mowa w art. 82 ust. 1 i 2, lub

   f) spłacie przez podmiot tworzący, który przekształcił samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, kredytów bankowych zaciągniętych przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej poręczonych przez ten podmiot, dokonanej do dnia 31 grudnia 2009 r.

Art. 198. 1. Wniosek o udzielenie dotacji albo przekazanie środków, o których mowa w art. 196 ust. 2, składa się do ministra właściwego do spraw zdrowia wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnienie przesłanek określonych w art. 197.

2. Wniosek zawiera:

1) proponowaną kwotę dotacji, stanowiącą wartość:

   a) umorzonych wierzytelności lub odsetek, o których mowa w art. 197 pkt 2 lit. a, lub

   b) zobowiązań, o których mowa w art. 197 pkt 2 lit. b, lub

   c) uiszczonego podatku, o którym mowa w art. 197 pkt 2 lit. c, lub

d) pozostałego do spłaty zobowiązania, o którym mowa w art. 197 pkt 2 lit. d, według stanu na dzień przekształcenia, jednak nie większą, niż pozostała do spłaty w dniu 31 grudnia 2009 r., lub

e) kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości w sposób, o którym mowa w art. 82 ust. 1 i 2, lub

f) spłaconych przez podmiot tworzący do dnia 31 grudnia 2009 r. kredytów bankowych, o których mowa w art. 197 pkt 2 lit. f;

2) planowany podział proponowanej kwoty dotacji albo środków, o których mowa w art. 196 ust. 2, na cele określone w art. 201.

3. Wniosek składa się nie później niż do dnia 31 grudnia 2013 r. Wniosek złożony po tym dniu podlega zwrotowi bez rozpatrzenia.

4. Przepis ust. 3 zdanie drugie stosuje się również w przypadku złożenia wniosku po wyczerpaniu środków przewidzianych w budżecie państwa na dotacje.

5. Wnioski rozpatruje się według kolejności ich wpływu.

Art. 199. 1. Dotacji udziela się albo przekazanie środków, o których mowa w art. 196 ust. 2, następuje, zgodnie z wnioskiem określonym w art. 198, w wysokości sumy:

1) umorzonych wierzytelności lub odsetek, o których mowa w art. 197 pkt 2 lit. a, lub

2) zobowiązań, o których mowa w art. 197 pkt 2 lit. b, lub

3) wartości uiszczonego podatku, o którym mowa w art. 197 pkt 2 lit. c, lub

4) zobowiązania, o którym mowa w art. 197 pkt 2 lit. d, lub

5) kosztów, o których mowa w art. 197 pkt 2 lit. e, lub

6) wartości spłaconych kredytów bankowych, o których mowa w art. 197 pkt 2 lit. f.

2. Suma dotacji oraz środków, o których mowa w art. 196 ust. 2, udzielonych podmiotom tworzącym nie może przekroczyć kwoty określonej w art. 203.

Art. 200. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje dotację celową podmiotowi tworzącemu, który spełnił warunki uzyskania dotacji, na podstawie umowy.

Art. 201. Dotację albo środki, o których mowa w art. 196 ust. 2, przeznacza się na spłatę zobowiązań podmiotu tworzącego przejętych od samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, odsetek od nich lub pokrycie kosztów przekształcenia, w tym kosztów określenia wartości rynkowej nieruchomości w sposób, o którym mowa w art. 82 ust. 1 i 2.

Art. 202. Dotacja niewykorzystana albo niewłaściwie wykorzystana podlega zwrotowi na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

Art. 203. W budżecie państwa na dotacje i środki finansowe, o których mowa w art. 196 ust. 2, przeznacza się łącznie kwotę 1400 mln zł.

Art. 204. 1. (uchylony)

2. Publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów stają się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. W terminie do dnia 31 grudnia 2012 r. kierownicy tych podmiotów dostosują ich działalność oraz statut i regulamin organizacyjny do przepisów niniejszej ustawy oraz dokonają zgłoszenia do rejestru. Wnioski w tej sprawie są wolne od opłat.

3. Kierownicy publicznych zakładów opieki zdrowotnej i rady społeczne tych zakładów stają się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy kierownikami podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami i radami społecznymi tych podmiotów.

3a. Do kierowników, o których mowa w ust. 3, nie stosuje się przepisów art. 49, chyba że podmiot tworzący postanowi inaczej.

4. Wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy postępowania:

1) w sprawie wpisania, wykreślenia i zmian w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej prowadzonym na podstawie dotychczasowych przepisów, podlegają umorzeniu z mocy prawa;

2) w sprawie wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym prowadzone na podstawie dotychczasowych przepisów wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są prowadzone po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy;

3) w sprawie czasowego zaprzestania działalności są prowadzone po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy;

4) prowadzone na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej wobec samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są prowadzone na dotychczasowych zasadach.

5. W zakresie nieuregulowanym w ust. 4 do postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

6. Jeżeli przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy ostateczna decyzja administracyjna została wydana na rzecz zakładu opieki zdrowotnej będącego jednostką organizacyjną osoby prawnej lub podmiotu nieposiadającego osobowości prawnej, z mocy prawa decyzja ta staje się decyzją administracyjną wydaną na rzecz podmiotu leczniczego, którego jednostką był dotychczasowy zakład opieki zdrowotnej.

Art. 205. Z dniem wejścia w życie ustawy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej stają się przedsiębiorstwami podmiotów leczniczych.

Art. 206. Podmioty prowadzące zakłady opieki zdrowotnej w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, dostosują swoją działalność, w zakresie nieuregulowanym w art. 204 ust. 1–4, do przepisów ustawy w terminie do dnia 31 grudnia 2012 r.

Art. 207. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy, niespełniający wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2017 r.

2. Podmiot wykonujący działalność leczniczą przedstawi organowi prowadzącemu rejestr program dostosowania tego podmiotu do wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, w terminie do dnia 31 grudnia 2012 r., zaopiniowany przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Opinia ta jest wydawana w drodze decyzji administracyjnej.

3. Podmiot, o którym mowa w ust. 1, który co najmniej częściowo nie zrealizuje programu dostosowania, o którym mowa w ust. 2, może wystąpić do właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej z wnioskiem o wydanie opinii o wpływie niespełniania wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, na bezpieczeństwo pacjentów. Opinia ta jest wydawana w formie postanowienia.

4. Organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej przekazuje postanowienie, o którym mowa w ust. 3, właściwemu organowi prowadzącemu rejestr.

Art. 208. 1. Organy prowadzące dotychczasowe rejestry praktyk lekarzy, pielęgniarek i położnych prowadzą te rejestry na dotychczasowych zasadach do dnia 31 grudnia 2011 r.

2. Osoby wykonujące zawód medyczny w ramach praktyki zawodowej dostosują swoją działalność do przepisów ustawy w terminie do dnia 31 grudnia 2012 r.

Art. 209. 1. Osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, zachowują dotychczasowe uprawnienia bez konieczności odbycia specjalizacji.

2. Osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy rozpoczęły specjalizację zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1, kontynuują ją na podstawie dotychczasowych przepisów.

3. W okresie 5 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy mogą być rozpoczynane nowe specjalizacje mające na celu uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1.

Art. 210. 1. Pracownicy zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej stają się pracownikami odpowiednich podmiotów leczniczych.

2. Strony umów o pracę lub umów cywilnoprawnych zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy z ordynatorami – kierownikami klinik oraz ordynatorami oddziałów klinicznych dostosują łączące ich stosunki prawne do przepisów niniejszej ustawy w terminie 4 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

3. Członkowie rad nadzorczych pierwszej kadencji w spółkach, o których mowa w art. 41 ust. 2, którzy nie złożyli egzaminu, o którym mowa w przepisach o komercjalizacji i prywatyzacji, są obowiązani do złożenia tego egzaminu w terminie 6 miesięcy od dnia powołania, chyba że zostali zwolnieni z obowiązku złożenia tego egzaminu zgodnie z przepisami o komercjalizacji i prywatyzacji.

Art. 211. Umowy o udzielenie zamówienia zawarte na podstawie art. 35a ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1, realizowane w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują ważność po tym dniu przez okres, na jaki zostały zawarte.

Art. 212. 1. Przepisy art. 4 ust. 3 pkt 1, art. 17–19, art. 100 *ust. 4*, art. 101 ust. 3 i art. 102 ust. 3, w zakresie w jakim dotyczą umowy, o której mowa w art. 25, stosuje się od dnia 1 stycznia 2012 r.

2. Jeżeli umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej została zawarta przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w art. 148, ustawy, o której mowa w art. 172, oraz ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1, a okres, na jaki została zawarta, upływa po tym dniu, nową umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawiera się najpóźniej w ostatnim dniu okresu obowiązywania dotychczasowej umowy, nie później jednak niż do dnia 31 grudnia 2012 r.

Art. 213. Osoby, które przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy uzyskały uprawnienia na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o zaopatrzeniu z tytułu wypadków lub chorób zawodowych powstałych w szczególnych okolicznościach (Dz. U. poz. 1674, z późn. zm.[37)]), zachowują te uprawnienia również po tym dniu.

Art. 214. 1. W okresie od dnia 1 lipca 2011 r. do dnia 1 lipca 2014 r. czas pracy pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni):

1) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej – stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego,

2) fizykoterapii, patomorfologii, histopatologii, cytopatologii, cytodiagnostyki, medycyny sądowej lub prosektoriów

– w zakresie określonym w ust. 2, nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

2. Czas pracy, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do pracowników na stanowiskach pracy w:

1) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach): radiologii, radioterapii i medycyny nuklearnej, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:

   a) stosowanie w celach diagnostycznych lub leczniczych źródeł promieniowania jonizującego, a w szczególności: wykonujących badania lub zabiegi, asystujących lub wykonujących czynności pomocnicze przy badaniach lub zabiegach, obsługujących urządzenia zawierające źródła promieniowania lub wytwarzające promieniowanie jonizujące, lub wykonujących czynności zawodowe bezpośrednio przy chorych leczonych za pomocą źródeł promieniotwórczych, lub

   b) prowadzenie badań naukowych z zastosowaniem źródeł promieniowania jonizującego, lub

   c) dokonywanie pomiarów dozymetrycznych promieniowania jonizującego związanych z działalnością, o której mowa w lit. a i b;

2) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach) fizykoterapeutycznych, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy kontrolowanie techniki stosowanych zabiegów lub samodzielne wykonywanie zabiegów;

3) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach): patomorfologii, histopatologii, cytopatologii i cytodiagnostyki, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:

   a) przygotowywanie preparatów lub

   b) wykonywanie badań histopatologicznych i cytologicznych;

4) komórkach organizacyjnych (zakładach, pracowniach): patomorfologii, medycyny sądowej oraz prosektoriach, jeżeli do ich podstawowych obowiązków należy:

   a) wykonywanie sekcji zwłok lub

   b) wykonywanie badań patomorfologicznych i toksykologicznych, lub

   c) pomoc przy wykonywaniu sekcji zwłok oraz badań patomorfologicznych i toksykologicznych, lub

   d) pobieranie narządów i tkanek ze zwłok.

Art. 215. Do rozliczania środków z dopłat do oprocentowania kredytów udzielonych lekarzom, lekarzom dentystom, pielęgniarkom, położnym i technikom medycznym, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, uzyskanych na podstawie ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom, położnym i technikom medycznym oraz o umarzaniu tych kredytów (Dz. U. poz. 1406 oraz z 2002 r. poz. 1209) oraz umorzenia i zwrotu tych środków stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 216. Obowiązek podmiotu tworzącego dotyczący zmiany formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo jego likwidacji, jeżeli ujemny wynik finansowy tego zakładu nie może być pokryty

[37)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. poz. 760, 874 i 1143, z 2004 r. poz. 1264 i 2135, z 2005 r. poz. 1366 oraz z 2009 r. poz. 825, 1040 i 1052.

w sposób określony w art. 59, powstaje po raz pierwszy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego za pierwszy rok obrotowy rozpoczęty po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 217. 1. Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy rejestr:

1) zakładów opieki zdrowotnej prowadzony na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1,

2) indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk lekarskich,

3) indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych

– stają się rejestrem.

2. Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy wpisy w rejestrach, o których mowa w ust. 1, stają się wpisami w rejestrze.

3. Do dnia 31 grudnia 2012 r. podmiot wykonujący działalność leczniczą dokona zmian wpisów w rejestrze w zakresie wynikającym z niniejszej ustawy. Wnioski o zmianę wpisów są wolne od opłat.

4. Z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy organem prowadzącym rejestr właściwym dla dotychczasowych zakładów opieki zdrowotnej, dla których właściwym organem był minister właściwy do spraw zdrowia, jest wojewoda właściwy ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia przekaże właściwym wojewodom nieodpłatnie, za potwierdzeniem odbioru, w terminie 10 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy, wszelką dokumentację związaną z prowadzeniem tego rejestru.

6. Jednostka, o której mowa w art. 106 ust. 2:

1) dostosuje system teleinformatyczny obsługujący rejestr zakładów opieki zdrowotnej do wymagań przewidzianych dla rejestru, określonych w ustawie;

2) wyposaży podmioty prowadzące dotychczas rejestry indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych praktyk lekarskich oraz pielęgniarek i położnych w system teleinformatyczny obsługujący rejestr.

7. W dotychczasowym siedmiocyfrowym numerze księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 4:

1) dwie pierwsze cyfry „99” zastępuje identyfikator terytorialny województwa, na którego obszarze znajduje się siedziba podmiotu leczniczego;

2) trzecią cyfrę „0” zastępuje się cyfrą „9”.

Art. 218. 1. Ilekroć przepisy odrębne nakładają obowiązek na zakład opieki zdrowotnej albo przyznają takiemu zakładowi prawo, te obowiązki albo prawa dotyczą podmiotu leczniczego.

2. Ilekroć w przepisach odrębnych jest mowa o zakładzie opieki zdrowotnej, rozumie się przez to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.

Art. 219. 1. Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 9 ust. 3, art. 10 ust. 4, art. 21a ust. 2 i art. 66 ust. 4 ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie odpowiednich aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 22 ust. 5, art. 36 ust. 6, art. 50 ust. 2 i art. 122 ust. 6 niniejszej ustawy, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2012 r.

2. Akt wykonawczy wydany na podstawie art. 10 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1, zachowuje moc przez okres 5 lat od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

3. Zachowany w mocy akt wykonawczy, o którym mowa w ust. 2, może być zmieniony przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, w granicach określonych w art. 10 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 220 pkt 1.

Art. 220. Tracą moc:

1) ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. poz. 89, z późn. zm.[38)]);

2) ustawa z dnia 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom, położnym oraz o umarzaniu tych kredytów (Dz. U. poz. 1406 oraz z 2002 r. poz. 1209).

[38)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. poz. 849, 1172, 1240 i 1290, z 2008 r. poz. 1056 i 1570, z 2009 r. poz. 100, 641, 817, 1241 i 1707, z 2010 r. poz. 620, 679 i 1507 oraz z 2011 r. poz. 235.

Art. 221. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2011 r., z wyjątkiem art. 17 ust. 2 i 3, art. 25, art. 88 ust. 3, art. 106 ust. 2 zdanie trzecie, ust. 3 pkt 13, ust. 4 pkt 11 i ust. 5, art. 148 pkt 6 oraz art. 172 pkt 10, które wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.