



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 23 grudnia 2020 r.

Poz. 2345

### USTAWA

z dnia 10 grudnia 2020 r.

#### **o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>1)</sup>**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493, 1578, 1875 i 2112) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 42i ust. 2a otrzymuje brzmienie:

„2a. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, 2 i 9, może zostać złożony również w formie dokumentu elektronicznego, opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym. Wymagane załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.”;

2) w art. 42j w ust. 3 wyrazy „stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych” zastępuje się wyrazami „stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych albo doktora nauk medycznych”;

3) w art. 61y ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Do egzaminu, o którym mowa w ust. 5, może przystąpić osoba, która jest zatrudniona w Funduszu.”;

4) w art. 95d:

a) ust. 1–1b otrzymują brzmienie:

„1. Podmioty, o których mowa w art. 95e ust. 1, występują z wnioskiem do wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia, zwanego dalej „organem wydającym opinię”, o wydanie opinii o celowości inwestycji:

1) polegającej na utworzeniu na obszarze województwa:

a) nowego podmiotu leczniczego,

b) nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego,

2) innej niż inwestycja określona w pkt 1, dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych

– której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku przekracza 2 mln zł.

1a. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w ust. 1, dotyczy inwestycji, której części tworzą komplementarną całość i są niezbędne do prawidłowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

1b. Przez inną inwestycję, o której mowa w ust. 1 pkt 2, rozumie się roboty budowlane w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. z 2020 r. poz. 1333 i 2127) lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią główny cel tej inwestycji.”

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawę z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw.

- b) ust. 1d i 1e otrzymują brzmienie:
- „1d. Przepisów ust. 1–1c nie stosuje się w przypadku inwestycji, która będzie realizowana na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa.
- 1e. Odpowiednio Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, rozstrzyga, czy inwestycja będzie realizowana na potrzeby określone w ust. 1d.”
- c) w ust. 3 w pkt 6 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 7 w brzmieniu:
- „7) podmiot leczniczy, który zamierza realizować inwestycję, której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku o wydanie takiej opinii przekracza 50 mln zł.”
- d) w ust. 4 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
- „Do określenia wartości inwestycji, o których mowa w ust. 1, zalicza się następujące rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów na dzień złożenia wniosku.”;
- 5) w art. 95e:
- a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, składa się do organu wydającego opinię w postaci elektronicznej. Wniosek opatrzony jest kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.”
- b) w ust. 3:
- w pkt 5:
    - lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) zakres rzeczowy inwestycji, ze wskazaniem dziedzin medycyny, których dotyczy inwestycja,”
    - lit. e otrzymuje brzmienie:

„e) źródła finansowania inwestycji oraz rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów, o których mowa w art. 95d ust. 4, a w przypadku inwestycji budowlanej – również jej szacunkową wartość na dzień złożenia wniosku w podziale na grupy kosztów,”
  - uchyla się pkt 5a–6a,
  - pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) wskazanie planowanego terminu rozpoczęcia realizacji inwestycji.”
- c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:
- „6. Złożenie wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, podlega opłacie w wysokości 4000 zł.”;
- 6) po art. 95e dodaje się art. 95ea–95ec w brzmieniu:
- „Art. 95ea. 1. Przy ministrze właściwym do spraw zdrowia działa Komisja Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, zwana dalej „Komisją”, będąca organem opiniodawczo-doradczym tego ministra.
2. W skład Komisji wchodzi po jednym przedstawicielu wskazanym przez:
- 1) Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów;
  - 2) ministra właściwego do spraw finansów publicznych;
  - 3) ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego;
  - 4) ministra właściwego do spraw zdrowia;
  - 5) Prezesa Funduszu.
3. Członków Komisji powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, z tym że członkowie, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3 i 5, są powoływani na wniosek właściwych podmiotów. Przewodniczącym Komisji jest przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia.
4. Członkom Komisji nie przysługuje wynagrodzenie.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze zarządzenia, regulamin prac Komisji określający jej organizację, sposób i tryb działania oraz sposób obsługi prac tej Komisji, mając na celu zapewnienie sprawnego działania Komisji.
- ”

Art. 95eb. 1. Członkiem Komisji może być osoba, która:

- 1) korzysta z pełni praw publicznych;
- 2) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

2. Członek Komisji może być odwołany:

- 1) na wniosek podmiotu wymienionego w art. 95ea ust. 2 pkt 1–3 i 5 albo z urzędu – w przypadku, o którym mowa w art. 95ea ust. 2 pkt 4, jeżeli w ocenie podmiotu wskazany przez niego przedstawiciel nie realizuje należycie powierzonych mu zadań, lub
- 2) z urzędu, jeżeli nie spełnia wymagań, o których mowa w ust. 1.

3. Członkowie Komisji, ich małżonkowie, zstępni i wstępni w linii prostej do drugiego stopnia oraz osoby, z którymi członkowie tej Komisji pozostają we wspólnym pożyciu, oraz osoby związane z nimi z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli nie mogą:

- 1) posiadać akcje lub udziałów w podmiocie leczniczym,
- 2) być członkami zarządu lub organów nadzorczych podmiotu leczniczego,
- 3) być członkami organów spółdzielni, stowarzyszeń lub fundacji wykonujących działalność leczniczą w formie podmiotu leczniczego,
- 4) wykonywać zajęć zarobkowych na podstawie stosunku pracy, umowy o świadczenie usług zarządczych, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo innej umowy, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zawartej z podmiotem leczniczym

– który wystąpił z wnioskiem o wydanie opinii o celowości inwestycji, której wartość kosztorysowa przekracza 50 mln zł. Powody wyłączenia trwają także po ustaniu małżeństwa, faktycznego pozostawania we wspólnym pożyciu, przysposobienia, opieki lub kurateli.

4. Kandydaci na członków Komisji i członkowie Komisji przed każdym posiedzeniem Komisji, jednak nie później niż 10 dni od dnia wpływu do systemu IOWISZ wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji, której wartość kosztorysowa przekracza 50 mln zł, składają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oświadczenie dotyczące niezachodzenia okoliczności, o których mowa w ust. 3, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, dotyczące ich samych oraz ich małżonków, zstępnych i wstępnych w linii prostej do drugiego stopnia, osób, z którymi pozostają we wspólnym pożyciu, oraz osób związanych z nimi z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

5. Zaistnienie okoliczności, o których mowa w ust. 3, lub niezłożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 4, stanowi podstawę wyłączenia członka z prac Komisji oraz niepowołania kandydata w skład Komisji.

6. O wyłączeniu członka Komisji postanawia minister właściwy do spraw zdrowia z urzędu albo na wniosek Komisji.

7. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 4, zawiera:

- 1) imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie;
- 2) imię i nazwisko: małżonka, zstępnych i wstępnych w linii prostej do drugiego stopnia oraz osób, z którymi członkowie Komisji pozostają we wspólnym pożyciu, oraz osób związanych z nimi z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, wobec których zaistniały okoliczności, o których mowa w ust. 3;
- 3) wskazanie okoliczności, o których mowa w ust. 3.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór oświadczenia, o którym mowa w ust. 4, mając na uwadze zapewnienie przejrzystości działania Komisji oraz wymagania, o których mowa w ust. 7, a także zapewnienie bezstronności działania Komisji.

Art. 95ec. 1. Do zadań Komisji należy wydawanie opinii w przedmiocie oceny wniosku, o którym mowa w art. 95d ust. 1, dotyczącego inwestycji, której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku o wydanie takiej opinii przekracza 50 mln zł, w zakresie dokonania oceny, w jakim stopniu dana inwestycja jest celowa.

2. Komisja opiniuje wniosek, o którym mowa w art. 95d ust. 1, w zakresie określonym w ust. 1, na podstawie informacji, danych i dokumentów, o których mowa w art. 95f ust. 3 pkt 1–4 i 7. Dla ważności opinii, o której mowa w ust. 1, potrzebne jest zgodne stanowisko co najmniej trzech członków Komisji.

3. W ramach opiniowania wniosku, Komisja może wystąpić o opinię do:

- 1) Ministra Obrony Narodowej;
- 2) ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 3) ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki;
- 4) wojewody właściwego terytorialnie dla miejsca realizacji inwestycji;
- 5) marszałka województwa właściwego terytorialnie dla miejsca realizacji inwestycji;
- 6) konsultantów krajowych z dziedzin medycyny i innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, właściwych merytorycznie dla wniosku podlegającego opiniowaniu.

4. Opinia Komisji jest sporządzana w postaci elektronicznej i opatrzona kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przewodniczącego Komisji.

5. Opinię Komisji przewodniczący Komisji przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu wydania opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1.

6. Opinia Komisji zawiera:

- 1) datę i miejsce sporządzenia;
  - 2) oznaczenie składu Komisji;
  - 3) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
  - 4) oznaczenie adresu siedziby albo adresu miejsca zamieszkania albo adresu podmiotu wnioskującego;
  - 5) numer wniosku;
  - 6) stanowisko Komisji na temat celowości inwestycji wraz z uzasadnieniem;
  - 7) podpis przewodniczącego Komisji.”;
- 7) w art. 95f w ust. 3 w pkt 7 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 8 w brzmieniu:  
„8) opinii Komisji – w przypadku inwestycji, których wartość kosztorysowa przekracza 50 mln zł.”;
- 8) w art. 95g w ust. 2 pkt 9 otrzymuje brzmienie:  
„9) kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do wydania opinii z podaniem jej imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego.”;
- 9) po art. 95g dodaje się art. 95ga w brzmieniu:  
„Art. 95ga. Pozytywna opinia o celowości inwestycji jest ważna 3 lata od dnia jej wydania.”;
- 10) w art. 95i:
- a) w ust. 3 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:  
„Protest wnosi się w postaci elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.”;
  - b) w ust. 8 pkt 8 otrzymuje brzmienie:  
„8) kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do wydania opinii w sprawie protestu z podaniem jej imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego.”;
- 11) w art. 102 w ust. 5 po pkt 27 dodaje się pkt 27a w brzmieniu:  
„27a) zawieranie i rozliczanie umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji;”;
- 12) w art. 136 w ust. 2 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:  
„3) w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. 139a, przed upływem 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, nie może zostać zwiększona kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji.”;

13) po art. 139 dodaje się art. 139a w brzmieniu:

„Art. 139a. W postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której została wydana opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, może wziąć udział wyłącznie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. W przypadku braku takiej opinii świadczeniodawca może wziąć udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upływie 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie.”;

14) w art. 148 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca przekazał Agencji w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2.”;

15) w art. 149 w ust. 1 w pkt 8 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 9 w brzmieniu:

„9) jeżeli świadczeniodawca nie posiada pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1.”.

**Art. 2.** W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291, 1493 i 2112) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 16h ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„11. Dane dotyczące powodów i okresów absencji w pracy, powodów i okresów zmniejszenia wymiaru czasu pracy lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, powodów i okresów niepełnienia dyżurów medycznych przewidzianych w programie specjalizacji, orzeczeń o stanie zdrowia i niepełnosprawności oraz trybu rozwiązania umowy o pracę nie mogą być przetwarzane w celu innym niż finansowanie szkolenia specjalizacyjnego, przedłużania szkolenia specjalizacyjnego i nadzoru nad odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego, a dostęp do nich mogą mieć wyłącznie osoby posiadające pisemne upoważnienie do przetwarzania tych danych wydane przez wojewodę, ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej lub jednostkę prowadzącą szkolenie specjalizacyjne. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są obowiązane do zachowania poufności tych danych.”;

2) w art. 16j:

a) ust. 2 i 2a otrzymują brzmienie:

„2. Środki przeznaczone na finansowanie rezydentur, obejmujące:

- 1) wynagrodzenia zasadnicze lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim ustalone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5, z uwzględnieniem ust. 2b,
- 2) wynagrodzenia za dyżury medyczne pełnione przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim w ramach programu specjalizacji w wysokości nieprzekraczającej stawki określonej w art. 151<sup>1</sup> § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, przy czym normalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 151<sup>1</sup> § 1 ust. 1 tej ustawy, oznacza wynagrodzenie zasadnicze, o którym mowa w pkt 1,
- 3) składki na ubezpieczenie społeczne, płatne przez podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne zatrudniający lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, zwany dalej „podmiotem prowadzącym rezydenturę”, naliczone od wynagrodzeń, o których mowa w pkt 1, 2 i 8,
- 4) składki na Fundusz Pracy naliczone od wynagrodzeń, o których mowa w pkt 1, 2 i 8,
- 5) składki na Fundusz Emerytur Pomostowych naliczone od wynagrodzeń, o których mowa w pkt 1, 2 i 8, w przypadku gdy są one płacone przez podmiot prowadzący rezydenturę,
- 6) wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, przy czym podstawę do jego wyliczenia stanowi wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze, o którym mowa w pkt 1,
- 7) wynagrodzenia lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim za czas niezdolności do pracy, o których mowa w art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, przy czym do podstawy wymiaru przyjmuje się wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze tego lekarza, o którym mowa w pkt 1,
- 8) w uzasadnionych przypadkach – ekwiwalent za niewykorzystany przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim urlop wypoczynkowy, przy czym podstawę do wyliczenia ekwiwalentu stanowi wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze, o którym mowa w pkt 1

– minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje na podstawie wniosków podmiotów prowadzących rezydenturę.

2a. Składanie wniosków, o których mowa w ust. 2, oraz ich realizacja odbywa się w Systemie Informatycznym Rezydentur, o którym mowa w art. 30 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanym dalej „SIR”.”;

b) po ust. 2a dodaje się ust. 2aa–2ag w brzmieniu:

„2aa. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, podmiot prowadzący rezydenturę składa w SIR w terminie do 15 dnia każdego miesiąca.

2ab. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, obejmuje faktycznie dokonane przez podmiot prowadzący rezydenturę wypłaty za okres poprzedzający miesiąc, w którym podmiot prowadzący rezydenturę składa wniosek, wyłącznie z tytułów określonych w ust. 2.

2ac. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje środki wykazane we wniosku na wskazany w SIR rachunek bankowy podmiotu prowadzącego rezydenturę w terminie 7 dni od daty zatwierdzenia wniosku w SIR, z uwzględnieniem środków dotychczas przekazanych do tego podmiotu.

2ad. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości we wniosku, który został już złożony i zrealizowany, podmiot prowadzący rezydenturę jest obowiązany do niezwłocznego złożenia korekty wniosku. Korekta wniosku polega na ponownym złożeniu wniosku w SIR. Przepisy ust. 2ab i 2ac stosuje się odpowiednio.

2ae. Jeżeli korekta, o której mowa w ust. 2ad, dotyczy wniosku złożonego i zrealizowanego w latach poprzednich, to w przypadku, gdy korekta polega na:

- 1) zmniejszeniu kwoty wniosku, podmiot prowadzący rezydenturę jest obowiązany do zwrotu środków na rachunek bankowy urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia wskazany w SIR w terminie 7 dni od daty złożenia korekty wniosku w SIR;
- 2) zwiększeniu kwoty wniosku, minister właściwy do spraw zdrowia – po zatwierdzeniu korekty wniosku w SIR – dokonuje przekazania środków wynikających z tej korekty.

2af. W przypadku zwrotu środków, o którym mowa w ust. 2ae pkt 1, po terminie tam określonym, podmiot prowadzący rezydenturę jest obowiązany do zapłacenia odsetek ustawowych za każdy dzień opóźnienia.

2ag. Podmiot prowadzący rezydenturę jest obowiązany do bieżącego przekazywania w SIR następujących informacji:

- 1) imię i nazwisko lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim;
- 2) numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim;
- 3) numer prawa wykonywania zawodu lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim;
- 4) specjalizacja oraz postępowanie kwalifikacyjne, w wyniku którego lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne został zakwalifikowany do jej odbywania w trybie rezydenckim;
- 5) okres zatrudnienia lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim w podmiocie prowadzącym rezydenturę;
- 6) data złożenia i cofnięcia deklaracji, o której mowa w ust. 2c;
- 7) powody i okresy absencji w pracy lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim;
- 8) powody i okresy zmniejszenia wymiaru czasu pracy lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim;
- 9) powody i okresy niepełnienia dyżurów medycznych przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim przewidzianych w programie specjalizacji;
- 10) data i przyczyna rozwiązania umowy o pracę z lekarzem odbywającym szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim;
- 11) okres rozliczeniowy przyjęty w podmiocie prowadzącym rezydenturę;
- 12) wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe, ustalonej dla podmiotu prowadzącego rezydenturę;
- 13) numer rachunku bankowego podmiotu prowadzącego rezydenturę, na który minister właściwy do spraw zdrowia ma przekazywać środki na realizację wniosków;
- 14) inne dane mające wpływ na okres trwania rezydentury lub wysokość wydatków, o których mowa w ust. 2, ponoszonych przez podmiot prowadzący rezydenturę.”;

3) w art. 19h w ust. 2 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) prawidłowość finansowania rezydentur, w tym wniosków, o których mowa w art. 16j ust. 2;”;

4) po art. 19i dodaje się art. 19ia w brzmieniu:

„Art. 19ia. 1. Kontrolę dotyczącą rozliczenia środków przeznaczonych na finansowanie rezydentur przeprowadza zespół kontrolny powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w skład którego wchodzi pracownicy urzędu obsługującego tego ministra.

2. Zespół kontrolny, w składzie co najmniej 3-osobowym, wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia, ma prawo:

- 1) wglądu do wszystkich dokumentów, w tym dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej, dotyczącej rozliczenia środków przeznaczonych na finansowanie rezydentur;
- 2) żądania od kierownika podmiotu prowadzącego rezydenturę ustnych i pisemnych wyjaśnień.

2. Do kontroli, o której mowa w ust. 1, stosuje się art. 19i ust. 3–9.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje kierownikowi podmiotu prowadzącego rezydenturę zalecenia pokontrolne dotyczące stwierdzenia nieprawidłowości w trakcie kontroli i zobowiązuje go do usunięcia tych nieprawidłowości w wyznaczonym terminie.

4. W przypadku niezrealizowania zaleceń pokontrolnych w określonym terminie, minister właściwy do spraw zdrowia zawiadamia o tym dyrektora CMKP, który podejmuje decyzję o skreśleniu podmiotu prowadzącego rezydenturę z listy zawierającej wykaz jednostek uprawnionych do kształcenia specjalizacyjnego. Od decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.”.

**Art. 3.** W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567, 1493 i 2112) w art. 115 ust. 4a otrzymuje brzmienie:

„4a. Podmiot leczniczy może uzyskać dotację od podmiotów, o których mowa w ust. 4, oraz jednostek samorządu terytorialnego na realizację zadania, o którym mowa w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3, jeżeli dla inwestycji, przy pomocy której ma być realizowane dane zadanie, 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, chyba że opinia ta nie jest wymagana na podstawie przepisów tej ustawy.”.

**Art. 4.** W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702, 1493 i 1875) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 30 w ust. 1 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) wsparcie finansowania, o którym mowa w art. 16j ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w ramach modułu System Informatyczny Rezydentur.”;

2) w art. 31a ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Za pośrednictwem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest generowany wniosek, o którym mowa w art. 95e ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

**Art. 5.** W ustawie z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291, 1493 i 2112) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 12 otrzymuje brzmienie:

„Art. 12. 1. Do postępowań wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, dotyczących:

- 1) uznania tytułu specjalisty, o którym mowa w art. 16n ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1,
- 2) potwierdzenia kwalifikacji zawodowych felczera, o którym mowa w art. 1 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 2 w brzmieniu dotychczasowym

– stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Naczelna Rada Lekarska przyznaje prawo wykonywania zawodu i używania tytułu felczera na podstawie przepisów dotychczasowych osobom, które do dnia 1 stycznia 2022 r. przedłożą jej w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu decyzję ministra właściwego do spraw zdrowia potwierdzającą kwalifikacje zawodowe felczera, o której mowa w art. 1 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu dotychczasowym.”;

2) w art. 26 w pkt 3 wyrazy „do dnia 31 grudnia 2020 r.” zastępuje się wyrazami „z dniem 31 grudnia 2022 r.”;

- 3) w art. 28 w pkt 1:
  - a) w lit. c skreśla się wyrazy „pkt 40,”,
  - b) w lit. d średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. e w brzmieniu:  
„e) pkt 40, który wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2022 r.,”.

**Art. 6.** Tworzy się Komisję Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

**Art. 7.** 1. Do postępowań o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy oraz protestów, o których mowa w art. 95i ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w sprawie negatywnych opinii o celowości inwestycji wydanych w tych postępowaniach stosuje się przepisy dotychczasowe.

2. Opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, wydana przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy oraz opinia w sprawie protestu, o którym mowa w art. 95i ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, jest ważna bezterminowo.

3. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 139 ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

4. Przepis art. 136 ust. 2 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 1 stosuje się do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy oraz po tym dniu.

5. Do postępowań w sprawie dotacji, o której mowa w art. 115 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 3, 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. 8.** 1. Umowy zawarte przed dniem 1 stycznia 2021 r. pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotami prowadzącymi szkolenie specjalizacyjne zatrudniającymi lekarzy zakwalifikowanych do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury ulegają rozwiązaniu z dniem 31 grudnia 2020 r.

2. Podmioty prowadzące szkolenie specjalizacyjne są obowiązane do rozliczenia środków otrzymanych na realizację umów, o których mowa w ust. 1, oraz uregulowania wszelkich należności i zobowiązań wynikających z tych rozliczeń.

3. Od dnia 1 stycznia 2021 r. zobowiązania ministra właściwego do spraw zdrowia wobec podmiotów prowadzących szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury związane z jego finansowaniem wynikające z:

- 1) umów, o których mowa w ust. 1, są realizowane poza Systemem Informatycznym Rezydentur, o którym mowa w art. 30 w ust. 1 pkt 5 ustawy zmienianej w art. 4;
- 2) innych tytułów niż umowy, o których mowa w ust. 1, dotyczące wydatków poniesionych przez te podmioty do dnia 31 grudnia 2020 r., na wnioski tych podmiotów, mogą być realizowane także poza Systemem Informatycznym Rezydentur.

**Art. 9.** Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 1, 2, 3 i 11, art. 5 pkt 1 i 2, które wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia;
- 2) art. 8, który wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2020 r.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Duda*