Dz.U. 1991 Nr 91 poz. 408

USTAWA
z dnia 30 sierpnia 1991 r.

o zakładach opieki zdrowotnej

Opracowano na podstawie: tj. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172, Nr 176, poz. 1240, Nr 181, poz. 1290.

Dział I
Przepisy wspólne

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 1.

1. Zakład opieki zdrowotnej jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia.
2. Zakład opieki zdrowotnej może być również utworzony i utrzymywany w celu:
   1) prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia;
   2) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.
3. Zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, może uczestniczyć, a zakłady określone w ust. 2 uczestniczą w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenia osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
4. Zakład opieki zdrowotnej ani inne podmioty na terenie zakładu opieki zdrowotnej nie mogą prowadzić działalności uciążliwej dla pacjenta lub przebiegu leczenia albo innej działalności, która nie służy zaspokajaniu potrzeb pacjenta i realizacji jego praw, w szczególności reklamy lub akwizycji skierowanych do pacjenta oraz działalności polegającej na świadczeniu usług pogrzebowych.
5. Na terenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej:
   1) zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez spółki, stowarzyszenia lub fundacje,
   2) lekarze lub *lekarze stomatolodzy*[1)] wykonujący zawód w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej,
   3) pielęgniarki lub położne wykonujące zawód w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki pie-

[1)] Obecnie: lekarze dentyści.

lęgniarki lub położnej, a także grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych,

4) inne podmioty

– nie mogą prowadzić działalności polegającej na udzielaniu takich samych świadczeń zdrowotnych, które są udzielane przez ten zakład, z wyjątkiem świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii.

Art. 2.

1. Zakładem opieki zdrowotnej jest:
   1) szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum stacjonarne, inny niewymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu;
   2) przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium;
   3) pogotowie ratunkowe;
   4) medyczne laboratorium diagnostyczne;
   5) pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji;
   6) zakład rehabilitacji leczniczej;
   7) żłobek;
   8) ambulatorium lub ambulatorium z izbą chorych jednostki wojskowej, Policji, Straży Granicznej, Państwowej Straży Pożarnej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz jednostki organizacyjnej Służby Więziennej;
   9) stacja sanitarno-epidemiologiczna;
   10) wojskowy ośrodek medycyny prewencyjnej;
   11) jednostka organizacyjna publicznej służby krwi;
   12) inny zakład spełniający warunki określone w ustawie.
2. Zakład opieki zdrowotnej może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej.

2a. W ramach struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom placówek opiekuńczo-wychowawczych, zlokalizowana na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

3. Zakładem opieki zdrowotnej jest również zespół zakładów, o których mowa w ust. 1. Zakład opieki zdrowotnej wchodzący w skład zespołu zakładów staje się jednostką organizacyjną zespołu.
4. Nazwa zakładu opieki zdrowotnej powinna odpowiadać zakresowi świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten zakład.
5. Oznaczenia „klinika” albo „kliniczny” mogą być zamieszczane wyłącznie w nazwach zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 1 ust. 2, a oznacze-

nie „uniwersytecki” może być zamieszczane wyłącznie w nazwach zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 2.

Art. 3.

Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

1) badaniem i poradą lekarską;
2) leczeniem;
3) badaniem i terapią psychologiczną;
4) rehabilitacją leczniczą;
5) opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, połogiem oraz nad noworodkiem;
6) opieką nad zdrowym dzieckiem;
7) badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną;
8) pielęgnacją chorych;
9) pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi;
10) opieką paliatywno-hospicyjną;
11) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia;
12) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne;
13) czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji;
14) czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

*[**Art. 4.***

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach, z zastrzeżeniem art. 6 ust. 2.]

<Art. 4.

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.>

nowe brzmienie art. 4 wchodzi w życie z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. 2007 r. Nr 176, poz. 1240)

Art. 5.

Zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności lub określonej grupie ludności.

Art. 6.

1. Zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, za częściową odpłatnością lub odpłatnie na zasadach określonych w ustawie, w przepisach odrębnych lub w umowie cywilnoprawnej.

[2. Świadczenia zdrowotne, wykonywane w ramach szkolenia w podstawowej jednostce organizacyjnej uczelni medycznej albo w uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych w ramach szkolenia studentów w tej uczelni pod bezpośrednim nadzorem lekarzy, lekarzy stomatologów[2)] posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza albo prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa, będących pracownikami tej uczelni, są finansowane z budżetu państwa w formie dotacji dla uczelni.]

ust. 2 i 3 w art. 6 uchyla się z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. 2007 r. Nr 176, poz. 1240)

[3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb podziału dotacji, o których mowa w ust. 2, dla publicznych uczelni medycznych i publicznych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, uwzględniając w szczególności liczbę kształconych studentów.]

Art. 7.

Zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia.

Art. 8.

1. Zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez:
   1) ministra lub centralny organ administracji rządowej;
   1a) (uchylony);
   2) wojewodę;
   3) jednostkę samorządu terytorialnego;
   3a) publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych;
   3b) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego;
   4) kościół lub związek wyznaniowy;
   5) pracodawcę;
   6) fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie;
   7) inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną, z zastrzeżeniem ust. 1a;
   8) spółkę niemającą osobowości prawnej.

1a. Zakładu opieki zdrowotnej nie może utworzyć samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej oraz spółka, o której mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o partnerstwie publiczno-prywatnym (Dz. U. Nr 169, poz. 1420).

1b. Wynagrodzenie partnera prywatnego, z tytułu realizacji zadań publicznych w ramach partnerstwa publiczno-prywatnego może w całości stanowić zapłata sumy pieniężnej ze środków podmiotu publicznego odpowiedzialnego za wykonywanie tych zadań.

[2)] Obecnie: lekarze dentyści.

2. Publicznym zakładem opieki zdrowotnej jest zakład opieki zdrowotnej utworzony przez organ, o którym mowa w ust. 1 pkt 1–3b.

3. Niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej jest zakład opieki zdrowotnej utworzony przez instytucje i osoby, o których mowa w ust. 1 pkt 4–8.

3a. (uchylony).

4. Organy, o których mowa w ust. 1 pkt 1–3, tworzące zakład opieki zdrowotnej w celu udzielania świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom, są pracodawcami w rozumieniu ust. 1 pkt 5.

Art. 8a.

Do publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego przez jednostkę badawczo-rozwojową stosuje się przepisy niniejszej ustawy, z zachowaniem przepisów o jednostkach badawczo-rozwojowych.

Art. 9.

1. Pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej powinny odpowiadać określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Naczelnej Rady Aptekarskiej, w drodze rozporządzenia, określi:

   1) wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej,

   2) terminy i zakres dostosowania zakładu opieki zdrowotnej do wymagań, o których mowa w pkt 1

   – uwzględniając konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania i procedury medyczne wykonywane w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych.

4. Zakłady opieki zdrowotnej nabywają i stosują wyroby medyczne odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565).

Art. 10.

1. W zakładzie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju.

3. Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez osoby, o których mowa w ust. 1, 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 (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.[3)]), zawartym między zakładem opieki zdrowotnej a wolontariuszem.

3a. Do wolontariatu stosuje się przepisy działu III ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii organów samorządów zawodów medycznych określa, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pracowników działalności podstawowej w zakładach opieki zdrowotnej.

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

1) rodzaje zawodów, w których może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, z wyjątkiem zawodów, dla których zasady uzyskiwania tytułu specjalisty określają odrębne przepisy,

2) szczegółowy sposób, warunki i tryb uzyskiwania tytułu specjalisty w danej dziedzinie, o której mowa w pkt 1

– uwzględniając konieczność zapewnienia wysokich kwalifikacji zawodowych;

3) podmioty uprawnione do prowadzenia szkoleń i nadawania tytułu specjalisty w danej dziedzinie, o której mowa w pkt 1, uwzględniając konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;

4) tryb uznawania tytułu specjalisty w danej dziedzinie, o której mowa w pkt 1, uzyskanego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uwzględniając specyfikę danego zawodu.

6. (uchylony).

Art. 11.

1. Ustrój zakładu opieki zdrowotnej oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, nieuregulowane w ustawie, określa statut.

2. W statucie zakładu opieki zdrowotnej określa się w szczególności:

1) nazwę zakładu odpowiadającą zakresowi udzielanych świadczeń;

2) cele i zadania zakładu;

3) siedzibę i obszar działania;

4) rodzaje i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;

5) organy zakładu i strukturę organizacyjną;

6) formę gospodarki finansowej.

3. Podmiot, który utworzył zakład, nadaje statut, chyba że przepisy ustawy stanowią inaczej.

Art. 12.

1. Zakład opieki zdrowotnej może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru.

[3)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 116, poz. 1203 i Nr 210, poz. 2135, z 2005 r. Nr 155, poz. 1298, Nr 169, poz. 1420, Nr 175, poz. 1462 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 94, poz. 651.

2. Rejestr jest jawny i dostępny do wglądu dla osób trzecich.
3. Rejestr zakładów opieki zdrowotnej mających siedzibę na obszarze województwa prowadzi wojewoda, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Rejestr zakładów opieki zdrowotnej, utworzonych przez organy i osoby prawne, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1, 3a i 3b, prowadzi minister właściwy do spraw zdrowia, z wyjątkiem zakładów utworzonych w celu określonym w art. 8 ust. 4, których rejestr prowadzi wojewoda.
5. Zakład opieki zdrowotnej, którego jednostki organizacyjne są zlokalizowane na obszarze więcej niż jednego województwa, podlega wpisowi do rejestru w województwie, w którym mieści się siedziba zakładu, z zastrzeżeniem ust. 4.
6. Organ prowadzący rejestr zawiadamia właściwego wojewodę o wpisie do rejestru zakładu opieki zdrowotnej dokonywanym w trybie określonym w ust. 5 oraz o wszystkich zmianach w rejestrze odnoszących się do jednostek organizacyjnych zakładu, które prowadzą działalność na obszarze tego województwa.

Art. 13.

1. Podstawą wpisu do rejestru jest stwierdzenie przez organ prowadzący rejestr, że zakład opieki zdrowotnej spełnia wymagania określone w art. 9–11, z tym że warunek określony w art. 11 ust. 2 pkt 1 nie dotyczy zakładu opieki zdrowotnej, którego nazwa wynika z ustawy lub z przepisów odrębnych.
2. Wpis do rejestru, odmowa wpisu lub skreślenie z rejestru następuje w formie decyzji administracyjnej.
3. W przypadku zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 12 ust. 5, organ prowadzący rejestr stwierdza spełnienie wymagań określonych w art. 9 i 10 za pośrednictwem wojewody właściwego ze względu na lokalizację jednostki organizacyjnej zakładu.
4. Zgodnie z nazwą zakładu opieki zdrowotnej oraz zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych organ prowadzący rejestr nadaje zakładowi resortowy kod identyfikacyjny.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, system resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowe zasady ich nadawania.

Art. 14.

1. Zakład opieki zdrowotnej obowiązany jest zgłosić organowi prowadzącemu rejestr zmiany stanu faktycznego i prawnego odnoszące się do zakładu opieki zdrowotnej, powstałe po wpisie do rejestru i dotyczące danych zawartych w rejestrze, w terminie 14 dni od dokonania zmiany, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Zakład opieki zdrowotnej może zmienić zakres udzielanych świadczeń po uprzednim wpisie tej zmiany do rejestru.
3. Zakład opieki zdrowotnej obowiązany jest zgłosić organowi prowadzącemu rejestr zamiar zaprzestania działalności z jednoczesnym wskazaniem terminu wykreślenia zakładu z rejestru.
4. Przepisy art. 12 i 13 stosuje się odpowiednio.

Art. 15.

1. Jeżeli zakład opieki zdrowotnej w całym zakresie lub w części swojej działalności przestał odpowiadać wymaganiom określonym w art. 9 lub 10 albo narusza przepisy ustawy lub zostało stwierdzone naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodów medycznych, albo w sposób rażący narusza statut zakładu, organ prowadzący rejestr wyznacza termin usunięcia uchybień, a po jego bezskutecznym upływie podejmuje decyzję o wykreśleniu zakładu z rejestru w całości lub w części dotyczącej działalności nieodpowiadającej wymaganiom ustawy lub statutu, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Organ prowadzący rejestr wykreśla zakład opieki zdrowotnej z rejestru bez wyznaczenia terminu usunięcia uchybienia, jeżeli świadczenia zdrowotnego w tym zakładzie udzielają lekarz, pielęgniarka lub położna nieposiadający prawa wykonywania zawodu lub zgody na udział w udzielaniu świadczenia zdrowotnego, wymaganej na podstawie odrębnych przepisów.
3. Zakład opieki zdrowotnej podlega wykreśleniu z rejestru także wtedy, gdy organ prowadzący rejestr dokonał wpisu z naruszeniem prawa. W tym przypadku stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące wznowienia postępowania administracyjnego lub stwierdzenia nieważności decyzji.
4. Jeżeli uchybienie, o którym mowa w ust. 1, zostało stwierdzone powtórnie, organ prowadzący rejestr wykreśla zakład opieki zdrowotnej z rejestru bez uprzedniego wyznaczania terminu usunięcia uchybienia.
5. Jeżeli zakład opieki zdrowotnej w terminie 3 miesięcy od dnia wpisu do rejestru nie podjął działalności w określonym zakresie, organ prowadzący rejestr wyznacza termin podjęcia tej działalności, a po jego bezskutecznym upływie wykreśla działalność w tym zakresie z rejestru.

5a. Jeżeli szpital czasowo zaprzestał działalności całkowicie lub w zakresie niektórych jednostek lub komórek organizacyjnych bez zachowania trybu określonego w art. 65a, organ prowadzący rejestr wykreśla z rejestru szpital w całości albo w części dotyczącej tej działalności.

6. W przypadku wykreślenia zakładu opieki zdrowotnej z rejestru, organ prowadzący rejestr podaje ten fakt do wiadomości publicznej w sposób zwyczajowo przyjęty oraz zawiadamia właściwy ze względu na siedzibę zakładu – Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Art. 16. (uchylony).

Art. 17.

Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, dane objęte wpisem do rejestru, wzór rejestru i tryb dokonywania wpisów i zmian w rejestrze oraz wykreśleń z rejestru.

Art. 18.

1. Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu.
2. Zakład opieki zdrowotnej zapewnia ochronę danych zawartych w dokumentacji, o której mowa w ust. 1.

2a. Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej:

1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości;

2) oznaczenie zakładu opieki zdrowotnej ze wskazaniem komórki organizacyjnej zakładu, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;

3) opis stanu zdrowia pacjenta, o którym mowa w pkt 1, lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;

4) datę sporządzenia.

3. Zakład udostępnia dokumentację, o której mowa w ust. 1:

1) pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu bądź osobie upoważnionej przez pacjenta;

2) zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom organizacyjnym tych zakładów i osobom wykonującym zawód medyczny poza zakładami opieki zdrowotnej, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;

3) właściwym do spraw zdrowia organom państwowym oraz organom samorządu lekarskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru;

[4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom i prokuratorom oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;]

<4) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, prokuratorom, lekarzom sądowym oraz sądom i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;>

Nowe brzmienie pkt 4 w ust. 3 w art. 18 wchodzi w życie z dn. 01.02.2008 r. (Dz.U. z 2007 r. Nr 123, poz. 849).

5) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;

6) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;

7) rejestrom usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;

8) zakładom ubezpieczeń na zasadach określonych w przepisach o działalności ubezpieczeniowej.

4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

4a. Dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu w zakładzie opieki zdrowotnej;

2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;

3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

4b. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 4a pkt 2 zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę, z zastrzeżeniem ust. 4c.

4c. Przepis ust. 4b nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia

1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.[4)]).

4d. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w ust. 4a pkt 2 ustala kierownik zakładu opieki zdrowotnej w regulaminie porządkowym, o którym mowa w art. 18a ust. 1.

4e. Maksymalna wysokość opłaty za:

1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,0015 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;

2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00015 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;

3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – nie może przekraczać 0,001 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.

4f. Dokumentacja medyczna jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

1) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;

2) zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;

3) skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia.

5. (uchylony).

6. (utracił moc).

7. (utracił moc).

8. 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, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

9. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, oraz Minister Obrony Narodowej w

[4)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252, Nr 121, poz. 1264, Nr 144, poz. 1530, Nr 191, poz. 1954, Nr 210, poz. 2135 i Nr 236, poz. 2355, z 2005 r. Nr 167, poz. 1397 i Nr 169, poz. 1412 i 1421 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 i Nr 208, poz. 1534.

porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Lekarskiej Wojskowej Izby Lekarskiej, każdy w zakresie swojego działania, określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej oraz sposób jej przetwarzania, uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia oraz ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta.

Art. 18a.

1. Organizację i porządek procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie opieki zdrowotnej określa regulamin porządkowy zakładu opieki zdrowotnej.

1a. Regulamin porządkowy zakładu opieki zdrowotnej powinien określać w szczególności:

1) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej;

2) organizację i zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, w tym zakresy czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym;

3) warunki współdziałania z innymi zakładami opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania;

4) prawa i obowiązki pacjenta;

5) obowiązki zakładu opieki zdrowotnej w razie śmierci pacjenta.

2. Postanowienia regulaminu, o którym mowa w ust. 1, nie mogą naruszać praw pacjenta określonych i wynikających z przepisów ustawy oraz przepisów odrębnych.

3. Regulamin, o którym mowa w ust. 1, ustala kierownik zakładu opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 46 pkt 4.

Art. 18b.

Zakład opieki zdrowotnej może podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.

Art. 18c.

1. Zakład opieki zdrowotnej może wystąpić z wnioskiem o wydanie certyfikatu akredytacyjnego w celu stwierdzenia spełnienia określonych i podawanych do ogólnej wiadomości standardów jakości, poprzez dobrowolne poddanie się przeglądowi prowadzonemu przez wizytatorów ośrodka akredytacyjnego.

2. Zakład opieki zdrowotnej może otrzymać certyfikat akredytacyjny, jeżeli spełnia wymagania w zakresie określonych standardów udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania zakładu.

3. Certyfikat akredytacyjny wydaje Rada Akredytacyjna na podstawie ustalonych przez siebie wymagań i po przeprowadzeniu przez ośrodek akredytacyjny pro-

cedury oceniającej zakład opieki zdrowotnej. Certyfikat akredytacyjny jest wydawany każdorazowo na okres nie dłuższy niż 3 lata.

4. Rada Akredytacyjna składa się z przedstawicieli samorządów i organizacji medycznych oraz przedstawicieli innych instytucji i organizacji wyłanianych na okres kadencji. Członków Rady Akredytacyjnej powołuje minister właściwy do spraw zdrowia.
5. Rada Akredytacyjna wybiera spośród swoich członków przewodniczącego i zastępców przewodniczącego oraz ustala swój regulamin. Regulamin Rady Akredytacyjnej zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
   1) szczegółowe zasady i tryb wyłaniania i odwołania członków Rady Akredytacyjnej oraz czas trwania ich kadencji;
   2) zakres i zasady działania Rady Akredytacyjnej i ośrodka akredytacyjnego oraz zasady ich finansowania.

Art. 18d.

1. Ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o:
   1) osobie wykonującej zawód medyczny, należy przez to rozumieć osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;
   2) promocji zdrowia, należy przez to rozumieć 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;
   3) publicznym zakładzie opieki zdrowotnej bez podania bliższego określenia, należy przez to rozumieć publiczny zakład opieki zdrowotnej określony w art. 8 ust. 2;
   4) dyżurze medycznym, należy przez to rozumieć wykonywanie, poza normalnymi godzinami pracy, czynności zawodowych przez lekarza lub innego posiadającego wyższe wykształcenie pracownika wykonującego zawód medyczny, w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych;
   5) dokumentacji medycznej, należy przez to rozumieć określone w ustawie oraz przepisach odrębnych dane i informacje medyczne odnoszące się do stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu w zakładzie opieki zdrowotnej świadczeń zdrowotnych.
2. Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o dyrektorze zakładu społecznej służby zdrowia, dyrektorze zakładu społecznego służby zdrowia, dyrektorze zakładu opieki zdrowotnej, należy przez to rozumieć kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Rozdział 1a
Prawa pacjenta

Art. 19.

1. Pacjent ma prawo do:
   1) świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń – do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń;
   2) informacji o swoim stanie zdrowia;
   3) wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji;
   4) intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych;
   5) umierania w spokoju i godności.
2. Przepis ust. 1 pkt 3 nie dotyczy świadczeń zdrowotnych, których udzielanie bez zgody pacjenta regulują odrębne przepisy.
3. W zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma również prawo do:
   1) dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez osobę bliską lub inną osobę wskazaną przez siebie;
   2) kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z osobami z zewnątrz;
   3) opieki duszpasterskiej.
4. Koszty realizacji uprawnień wymienionych w ust. 3 pkt 1 i 2 nie mogą obciążać zakładu opieki zdrowotnej.
5. W przypadku zagrożenia epidemicznego lub ze względu na warunki przebywania innych osób chorych w szpitalu kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub upoważniony lekarz może ograniczyć prawo pacjenta do kontaktu osobistego z osobami z zewnątrz, w tym do sprawowania opieki przez osoby określone w ust. 3 pkt 1.
6. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej zapewnia dostępność informacji o prawach pacjenta.

Art. 19a.

1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta, o których mowa w art. 18 ust. 2 i ust. 3 pkt 1 oraz w art. 19 ust. 1 pkt 1–4 i ust. 3, sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.
2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, sąd może, na żądanie najbliższego członka rodziny, innego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, zasądzić odpowiednią sumę pie-

niężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Art. 19b.

1. W zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo przechowywać wartościowe rzeczy w depozycie zakładu opieki zdrowotnej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb i warunki postępowania z depozytami, o których mowa w ust. 1, uwzględniając w szczególności:
   1) zakres spisu przedmiotów oddanych do depozytu;
   2) sposób zabezpieczenia przedmiotów oddawanych do depozytu;
   3) zasady prowadzenia księgi depozytów;
   4) tryb postępowania z nieodebranymi depozytami.

Rozdział 2
Szpitale

Art. 20.

1. Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi:
   1) świadczenia zdrowotne;
   2) *środki farmaceutyczne*[5)] i materiały medyczne;
   3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.
2. W razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, szpital jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.

Art. 20a.

W szpitalu posiadającym więcej niż 150 łóżek tworzy się aptekę szpitalną.

Art. 21.

Do udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia odpowiednich świadczeń stosuje się przepisy art. 20–23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.[6]).

[5)] Obecnie: produkty lecznicze.

[6)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824.

Art. 21a.

1. Dzieci narodzone w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowane do szpitala zaopatrywane są w znaki tożsamości.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb zaopatrywania dzieci, o których mowa w ust. 1, w znaki tożsamości oraz zasady postępowania w razie stwierdzenia braku tych znaków.

Art. 22.

1. Wypisanie ze szpitala, jeżeli przepisy szczególne nie stanowią inaczej, następuje:
   1) gdy stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia w szpitalu;
   2) na żądanie osoby przebywającej w szpitalu lub jej przedstawiciela ustawowego;
   3) gdy osoba przebywająca w szpitalu w sposób rażący narusza regulamin porządkowy, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jej życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Jeżeli przedstawiciel ustawowy żąda wypisania ze szpitala osoby, której stan zdrowia wymaga leczenia w szpitalu, kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub lekarz przez niego upoważniony może odmówić wypisania do czasu wydania w tej sprawie orzeczenia przez właściwy ze względu na siedzibę zakładu sąd opiekuńczy, chyba że przepisy szczególne stanowią inaczej. Właściwy sąd opiekuńczy zawiadamiany jest niezwłocznie o odmowie wypisania ze szpitala i przyczynach odmowy.
3. Osoba występująca o wypisanie ze szpitala na własne żądanie jest informowana przez lekarza o możliwych następstwach zaprzestania leczenia w szpitalu. Osoba ta składa pisemne oświadczenie o wypisaniu ze szpitala na własne żądanie. W przypadku braku takiego oświadczenia lekarz sporządza adnotację w dokumentacji medycznej.

Art. 23.

1. Jeżeli przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera małoletniego lub osoby niezdolnej do samodzielnej egzystencji ze szpitala będącego publicznym zakładem opieki zdrowotnej w wyznaczonym terminie, szpital zawiadamia o tym niezwłocznie organ gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania lub pobytu tej osoby oraz organizuje na koszt gminy przewiezienie do miejsca zamieszkania.
2. Pacjent, którego stan zdrowia nie wymaga dalszego leczenia szpitalnego, ponosi koszty pobytu w szpitalu począwszy od terminu określonego przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej, niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń określonych w przepisach odrębnych.

Art. 24.

1. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, mogą być poddane sekcji, w szczególności, gdy zgon tej osoby nastąpi przed upływem 12 godzin od przyjęcia do szpitala, z zastrzeżeniem ust. 3.

2. Kierownik zakładu, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, na wniosek właściwego ordynatora lub, w razie potrzeby, po zasięgnięciu jego opinii, zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji.
3. Zwłoki osoby, która zmarła w szpitalu, nie są poddawane sekcji, jeżeli przedstawiciel ustawowy tej osoby wyraził sprzeciw lub uczyniła to osoba za życia.
4. O zaniechaniu sekcji zwłok z przyczyny określonej w ust. 3 sporządza się adnotację w dokumentacji medycznej i załącza sprzeciw, o którym mowa w ust. 3.
5. Przepisów ust. 1–4 nie stosuje się w przypadkach:
   1) określonych w Kodeksie postępowania karnego;
   2) gdy przyczyny zgonu nie można ustalić w sposób jednoznaczny;
   3) określonych w przepisach o chorobach zakaźnych i zakażeniach.
6. W dokumentacji medycznej osoby, która zmarła w szpitalu, sporządza się adnotację o dokonaniu lub zaniechaniu sekcji zwłok, z odpowiednim uzasadnieniem.

Art. 25.

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, kierownik zakładu, a jeżeli kierownik nie jest lekarzem, to upoważniony przez niego lekarz, może zadecydować o dokonaniu sekcji zwłok przed upływem 12 godzin, przy zachowaniu zasad i trybu przewidzianych w przepisach o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

Art. 25a.

1. W razie śmierci pacjenta w szpitalu, szpital ma obowiązek należycie przygotować jego zwłoki, w celu ich wydania osobom uprawnionym do pochowania.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób postępowania szpitala w razie śmierci pacjenta oraz zakres czynności należących do obowiązków szpitala związanych z przygotowaniem zwłok pacjenta do wydania osobom uprawnionym do ich pochowania, uwzględniając konieczność zachowania godności należnej zmarłemu.

Art. 26.

Przepisy o szpitalach stosuje się odpowiednio do innych zakładów opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych, chyba że przepisy ustawy lub innych ustaw stanowią inaczej.

Rozdział 3
Inne zakłady opieki zdrowotnej

Art. 27.

1. Przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia i ambulatorium udzielają świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawo-

wej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń.

2. Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 1, obejmują swoim zakresem świadczenia profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii.

Art. 28.

1. Pogotowie ratunkowe udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia.
2. Pogotowie ratunkowe może udzielać świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jako zespół ratownictwa medycznego lub lotniczy zespół ratownictwa medycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410).

Art. 29.

1. Medyczne laboratorium diagnostyczne udziela świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem badania diagnostyczne, w tym analizy wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego. Świadczenia te w publicznych zakładach opieki zdrowotnej udzielane są na podstawie skierowania lekarza lub lekarza dentysty albo osoby posiadającej wymagane kwalifikacje na podstawie odrębnych przepisów.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii organów samorządów zawodów medycznych może określić, w drodze rozporządzenia, rodzaje badań, które mogą być udzielane w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej wyłącznie na podstawie skierowania lekarza lub lekarza dentysty.

Art. 30.

Pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji udziela świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem wykonywanie i naprawę protez i innych przedmiotów protetycznych oraz ortodontycznych. Świadczenia te udzielane są na podstawie skierowania lekarza dentysty.

Art. 31. (uchylony).

Art. 32.

Zakład rehabilitacji leczniczej udziela świadczeń zdrowotnych, polegających na interdyscyplinarnych, kompleksowych działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia. Świadczenia te udzielane są na podstawie skierowania lekarza.

Art. 32a. (uchylony).

Art. 32b.

Żłobek udziela świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem działania profilaktyczne i opiekę nad dzieckiem w wieku do 3 lat.

Art. 32c.

1. Zakład opiekuńczo-leczniczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnia im *środki farmaceutyczne*[7)] i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych.
2. Osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, zakład ten zapewnia *środki farmaceutyczne* i materiały medyczne na zlecenie lekarza zakładu.

Art. 32d.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnia im kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną tych osób i członków ich rodzin.

Rozdział 3a
Rejestr usług medycznych

Art. 32e.

1. Świadczenia zdrowotne i związane z ich udzielaniem usługi, zwane dalej „usługami medycznymi”, udzielane w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w art. 35 i 35a, podlegają rejestrowaniu i monitorowaniu w systemie ewidencyjno-informatycznym, zwanym dalej „rejestrem usług medycznych”.
2. W celu, o którym mowa w ust. 1, tworzy się jednostki organizacyjne:
   1) centralny rejestr usług medycznych – prowadzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
   2) wojewódzki rejestr usług medycznych – prowadzony przez wojewodę;
   3) terenowe rejestry usług medycznych – prowadzone przez jednostki organizacyjne, które wskazuje i których obszar działania określa wojewoda.
3. Publiczny zakład opieki zdrowotnej oraz podmioty, o których mowa w ust. 1, obowiązane są dokumentować udzielenie usługi medycznej w książeczce usług medycznych lub kuponie wolnym.

[7)] Obecnie: produkty lecznicze.

4. Książeczkę usług medycznych wydaje jednostka organizacyjna, o której mowa w ust. 2 pkt 3.
5. Publiczny zakład opieki zdrowotnej oraz podmioty, o których mowa w ust. 1, wydają kupon wolny, jeżeli usługa medyczna udzielana jest osobie niemogącej okazać książeczki usług medycznych.
6. Książeczka usług medycznych zawiera numer identyfikacyjny pacjenta.
7. Książeczka usług medycznych nie zastępuje dokumentu uprawniającego do bezpłatnej opieki zdrowotnej przy korzystaniu z usług publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
8. W rejestrach usług medycznych, o których mowa w ust. 2, zamieszcza się wykaz osób objętych rejestrem, podmiotów udzielających usługi medyczne oraz wykaz osób zlecających te usługi.
9. (uchylony).

Art. 32f.

1. Dane i informacje gromadzone w rejestrach usług medycznych, przekazywane przez podmioty udzielające usług medycznych, są udostępniane organom administracji rządowej, organom jednostek samorządu terytorialnego, podmiotom, które utworzyły publiczne zakłady opieki zdrowotnej, podmiotom finansującym udzielanie tych usług oraz samorządom zawodów medycznych. Do przekazywania danych dotyczących dokumentacji medycznej stosuje się przepisy art. 18.
2. (uchylony).

Rozdział 4

Czas pracy pracowników zakładu opieki zdrowotnej

[Art. 32g.

1. Czas pracy pracowników zatrudnionych w zakładzie opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 32i ust. 1, w przyjętym okresie rozliczeniowym nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 40 godzin na tydzień, z zastrzeżeniem ust. 2, 3 i 4.

2. Czas pracy pracowników technicznych, obsługi i gospodarczych, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 42 godzin na tydzień.

3. Czas pracy pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni), w przyjętym okresie rozliczeniowym:

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. 5, nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 26 godzin i 15 minut na tydzień.

4. Czas pracy pracowników niewidomych zatrudnionych na stanowiskach wymagających kontaktu z pacjentami, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 6 godzin na dobę i przeciętnie 31 godzin 30 minut na tydzień.

5. Czas pracy, o którym mowa w ust. 3, 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:

nowe brzmienie art. 32g wchodzi w życie z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. 2007 r. Nr 176, poz. 1240)

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.

6. W ramach tygodniowej normy czasu pracy określonej w ust. 1 logopedom posiadającym wyższe wykształcenie pedagogiczne i przeszkolenie w zakresie logopedii oraz pracownikom posiadającym wyższe wykształcenie w dziedzinie wychowania fizycznego ze specjalizacją w zakresie rehabilitacji, a także instruktorom gimnastyki leczniczej ze średnim wykształceniem w zakresie wychowania fizycznego prowadzącym zajęcia z zakresu kinezyterapii, przysługuje 6 godzin na podnoszenie kwalifikacji zawodowych i na przygotowanie się do tych zajęć.]

<Art. 32g.

1. Czas pracy pracowników zatrudnionych w zakładzie opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 32i 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, z zastrzeżeniem ust. 2-4.

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 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. 5, nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

4. 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.

5. Czas pracy, o którym mowa w ust. 3, 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.

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

[Art. 32h.

1. W przyjętym okresie rozliczeniowym, nie dłuższym niż 12 tygodni, czas pracy nie może przekroczyć liczby godzin wynikających z pomnożenia normy dobowej czasu pracy, określonej w art. 32g ust. 1–4, przez liczbę kalendarzowych dni roboczych z wyłączeniem dodatkowych dni wolnych od pracy, o których mowa w art. 129[1] § 1 Kodeksu pracy, oraz niedziel i świąt przypadających w danym okresie rozliczeniowym.

nowe brzmienia ust. 1 i 2 w art. 32i wchodzą w życie z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. 2007 r. Nr 176, poz. 1240)

*2. Czas pracy wynikający z norm określonych w art. 32g ust. 1–4 oraz art. 32i ust. 1 ulega obniżeniu w okresie rozliczeniowym o liczbę godzin usprawiedliwionej nieobecności pracownika w pracy przypadającą do przepracowania w okresie tej nieobecności zgodnie z przyjętym rozkładem czasu pracy.**]***

Art. 32i.

[1. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników zakładu opieki zdrowotnej mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, z zastrzeżeniem art. 32g ust. 3 i 4. W tych rozkładach czas pracy nie może przekraczać przeciętnie 40 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, a w stosunku do pracowników technicznych, gospodarczych i obsługi – przeciętnie 42 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.]

<1. Jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników zakładu opieki zdrowotnej mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, z zastrzeżeniem art. 32g ust. 3 i 4. W rozkładach czas pracy pracowników, o których mowa w art. 32g 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. 32g ust. 2 – przeciętnie 40 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.>

art. 32h uchyla się z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. 2007 r. Nr 176, poz. 1240)

[2. Okres rozliczeniowy, o którym mowa w ust. 1, nie może być dłuższy niż 4 tygodnie. W szczególnie uzasadnionych przypadkach okres rozliczeniowy może być przedłużony w trybie określonym w art. 150 § 2 Kodeksu pracy – nie więcej jednak niż do 12 miesięcy.]

<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) pracownic opiekujących się dzieckiem do lat 4, bez ich zgody

   – nie może przekraczać 8 godzin na dobę.

*[**Art. 32j.***

1. Lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być zobowiązani do pełnienia w tym zakładzie dyżuru medycznego.

2. Czasu pełnienia dyżuru, o którym mowa w ust. 1, nie wlicza się do czasu pracy.

3. Liczba dyżurów medycznych pełnionych przez osobę wymienioną w ust. 1 nie może przekraczać 2 tygodniowo i 8 miesięcznie.

4. Za każdą godzinę dyżuru medycznego, poza przypadkami, o których mowa w ust. 5, przysługuje wynagrodzenie w wysokości co najmniej 130 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.

5. W przypadku dyżuru pełnionego w porze nocnej za każdą godzinę przysługuje wynagrodzenie w wysokości co najmniej 165 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, zaś w przypadku dyżuru pełnionego w niedziele i święta oraz dni dodatkowo wolne od pracy – co najmniej 200 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, bez względu na porę pełnienia dyżuru.

nowe brzmienie art. 32j oraz dodane art. 32ja i 32jb wchodzą w życie z dn. 1.01. 2008 r. (Dz.U. 2007 r. Nr 176, poz. 1240)

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

7. Za czas pełnienia dyżuru medycznego nie przysługuje czas wolny od pracy. W uzasadnionych przypadkach ordynator (kierownik) może zwolnić pracownika z części dnia pracy, po zakończonym dyżurze, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.

8. Zasad wynagradzania, o których mowa w ust. 4 i 5, nie stosuje się do lekarzy stażystów, których zasady wynagradzania określają odrębne przepisy.]

<Art. 32j.

1. Lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być zobowiązani do pełnienia w tym zakładzie dyżuru medycznego.

2. Czas pełnienia dyżuru, o którym mowa w ust. 1, wlicza się do czasu pracy.

3. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim przekraczać będzie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Do pracy w ramach pełnienia dyżuru nie stosuje się przepisów art. 151^3 i art. 151^4 Kodeksu pracy.

4. Do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy art. 151[1] § 1-3 Kodeksu pracy.

5. Zasad wynagradzania, o których mowa w przepisach art. 151[1] § 1-3 Kodeksu pracy, nie stosuje się do lekarzy stażystów, których zasady wynagradzania określają odrębne przepisy.>

<Art. 32ja.

1. Lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w zakładzie opieki zdrowotnej w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przepisu art. 151 § 3 Kodeksu 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 Kodeksu pracy.

Art. 32jb.

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 w zakładzie pracownikowi, o którym mowa w art. 32j ust. 1, przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni.>

nowe brzmienia ust. 2 i 3 oraz dodany ust. 4 w art. 32k wchodzą w życie z dn. 1.01. 2008 r. (Dz.U. 2007 r. Nr 176, poz. 1240)

Art. 32k.

1. Osoby, o których mowa w art. 32j ust. 1, mogą zostać zobowiązane do pozostawania poza zakładem opieki zdrowotnej 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, obliczanej zgodnie z art. 32j ust. 6.]

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

[3. W przypadku wezwania do zakładu opieki zdrowotnej pracownikowi przysługuje wynagrodzenie jak za czas pełnienia dyżuru medycznego.]

<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 zakładu opieki zdrowotnej zastosowanie mają przepisy dotyczące dyżuru medycznego.>

*[**Art. 32l.***

1. Pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń zdrowotnych, przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości:

1) co najmniej 65 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej;

2) co najmniej 45 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni dodatkowo wolne od pracy.

2. Przepis art. 32j ust. 6 stosuje się odpowiednio.]

nowe brzmienie art. 32l wchodzi w życie z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. 2007 r. Nr 176, poz. 1240)

<Art. 32l.

Pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń zdrowotnych, przysługuje dodatek w wysokości:

1) co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 32k ust. 3, za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej;

2) co najmniej 45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, obliczanej zgodnie z art. 32k 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.>

Art. 32ł.

1. Pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym w zespole wyjazdowym pogotowia ratunkowego (pomocy doraźnej) przysługuje dodatek w wysokości 30 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy.

nowe brzmienie ust. 3 w art. 32ł wchodzi w życie z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. 2007 r. Nr 176, poz. 1240)

2. Pracownikom wymienionym w ust. 1 zatrudnionym w pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej) poza zespołem wyjazdowym przysługuje dodatek w wysokości 20 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy.

[3. Przepis art. 32j ust. 6 stosuje się odpowiednio.]

<3. Przepis art. 32k ust. 3 stosuje się odpowiednio.>

Dział II
Publiczne zakłady opieki zdrowotnej

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 33.

1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom ubezpieczonym oraz innym osobom, uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów, nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. (uchylony).
3. (uchylony).
4. Za świadczenia zdrowotne udzielone osobie znajdującej się w stanie nietrzeźwości publiczny zakład opieki zdrowotnej pobiera opłatę niezależnie od uprawnień do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, jeżeli jedyną i bezpośrednią przyczyną udzielonego świadczenia było zdarzenie spowodowane stanem nietrzeźwości tej osoby.
5. W celu stwierdzenia stanu nietrzeźwości lekarz kieruje osobę określoną w ust. 4 na badanie dla ustalenia zawartości alkoholu we krwi. Odmowa poddania się takiemu badaniu jest brana pod uwagę przy ustalaniu opłaty za udzielenie świadczenia zdrowotnego, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności sprawy.

Art. 34.

1. Przy ustalaniu wysokości opłaty za świadczenia zdrowotne udzielane osobom określonym w art. 33 ust. 1 stosuje się ceny urzędowe, jeżeli przepisy odrębne przewidują odpłatność za ich udzielanie.

2. Wysokość opłat za świadczenia zdrowotne udzielane osobom nieuprawnionym w rozumieniu art. 33 ust. 1 ustala kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w którym świadczenie jest udzielane.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania opłat, o których mowa w ust. 2.

Art. 34a.

1. Osoba przebywająca w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osoby przebywającej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym.
2. Miesięczną opłatę za wyżywienie i zakwaterowanie dziecka przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńczym ustala się w wysokości odpowiadającej 200 % najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70 % miesięcznego dochodu na osobę w rodzinie w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz szczegółowe zasady ustalania odpłatności za pobyt w tych zakładach.

Art. 34b.

1. Opłaty za pobyt dziecka w żłobku są ustalane według cen umownych. Opłaty te nie obejmują świadczeń zdrowotnych.
2. Wysokość opłaty określonej w ust. 1 ustala podmiot, który utworzył żłobek.

Art. 35.

1. Organy, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1–3, oraz samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej mogą udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne, zwanego dalej „zamówieniem”:
   1) niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu;
   2) osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
   2a) grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych prowadzącym działalność na zasadach określonych w przepisach odrębnych;
   3) osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej.

2. Podmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 1–3, zwane dalej „przyjmującym zamówienie", przyjmując zamówienie zobowiązują się do wykonania zadań publicznego zakładu opieki zdrowotnej w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych w umowie, a udzielający zamówienie do zapłacenia ze środków publicznych za wykonanie zamówienia. Przyjmujący zamówienie nie może wykonywać udzielonego zamówienia przez osobę trzecią, chyba że umowa o udzielenie zamówienia stanowi inaczej.
3. Do zamówień, o których mowa w ust. 1, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
4. Do przyjmującego zamówienie stosuje się przepisy art. 33 i 34.
5. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń w zakresie udzielonego zamówienia ponoszą solidarnie udzielający zamówienie i przyjmujący zamówienie.
6. Przyjmujący zamówienie podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie, o którym mowa w ust. 5.
7. (uchylony).
8. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 6, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres realizowanych zadań.

Art. 35a.

1. Umowę o udzielenie zamówienia zawiera się na czas udzielania określonych świadczeń zdrowotnych lub na czas określony, na podstawie wyników przeprowadzonego konkursu ofert na udzielenie zamówienia. W pracach komisji konkursowej ma prawo uczestniczyć z głosem doradczym przedstawiciel właściwego, ze względu na rodzaj świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem, samorządu zawodu medycznego, jeżeli do konkursu przystąpi osoba, o której mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 i 3.
2. Umowa o udzielenie zamówienia zawarta zostaje z chwilą podpisania jej przez obie strony. Wymaga ona formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Zakazuje się zmian postanowień zawartej umowy oraz wprowadzania nowych postanowień do 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.
4. Zmiana umowy, dokonana z naruszeniem przepisu ust. 3, jest nieważna.
5. Umowa, o której mowa w ust. 1, 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, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii organów samorządów zawodów medycznych określi, w drodze rozporządzenia:

1) konieczne elementy umowy o udzielenie zamówienia oraz minimalny czas, na który umowa może być zawarta;

2) tryb ogłaszania konkursu ofert, zakres ofert, tryb ich składania, sposób przeprowadzania konkursu oraz szczegółowe zasady i tryb zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów dotyczących tych czynności.

Rozdział 1a
Formy prowadzenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Art. 35b.

1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, utworzony przez organy i podmioty określone w art. 8 ust. 1 pkt 1–3b, prowadzony jest w formie samodzielnego zakładu, pokrywającego z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązań, z zastrzeżeniem art. 35c i 35d.

2. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, zwany dalej „samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej”, prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie.

3. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej podlega obowiązkowi rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym. Z chwilą wpisania do rejestru samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej uzyskuje osobowość prawną.

4. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskać wpis do rejestru, o którym mowa w ust. 3, po uzyskaniu wpisu do rejestru określonego w art. 12.

5. (uchylony).

6. (uchylony).

7. (uchylony).

8. Organ prowadzący rejestr, o którym mowa w art. 12, obowiązany jest zawiadomić niezwłocznie sąd rejestrowy o wykreśleniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z rejestru.

9. W przypadku wykreślenia z rejestru, o którym mowa w art. 12, sąd rejestrowy wykreśla samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej z Krajowego Rejestru Sądowego.

10. (uchylony).

Art. 35c.

1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, utworzony przez organ określony w art. 8 ust. 1 pkt 1–3, może być prowadzony w formie jednostki budżetowej lub zakładu budżetowego, jeżeli prowadzenie tego zakładu w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej byłoby niecelowe lub przedwczesne. Decyzję w tej sprawie podejmuje organ, który utworzył zakład, po dokonaniu ana-

lizy zakresu i charakteru działalności zakładu opieki zdrowotnej w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych określonego obszaru lub określonej grupy ludności oraz oceny możliwości pozyskiwania przez zakład opieki zdrowotnej dodatkowych środków finansowych przy nieograniczeniu praw ludności do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych określonych w przepisach odrębnych, z zastrzeżeniem art. 35d.

2. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104, z późn. zm.[8)]), z zastrzeżeniem art. 50.

Art. 35d.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej, utworzony w celu określonym w art. 1 ust. 2 pkt 1, prowadzony jest w formie przewidzianej w przepisach wymienionych w art. 8a.

Rozdział 2

Tworzenie, statut, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz łączenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Art. 36.

Tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia właściwego organu administracji rządowej albo w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego, chyba że przepisy ustawy lub przepisy odrębne stanowią inaczej, uwzględniając w szczególności sprawy wskazane w art. 38 i 43 ustawy.

Art. 36a.

1. Tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład jest publiczna uczelnia medyczna lub publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, następuje odpowiednio w drodze uchwały senatu właściwej publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo zarządzenia dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.
2. Uchwała senatu i zarządzenie dyrektora, o których mowa w ust. 1, dotyczące likwidacji lub przekształcenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w wyniku którego ma nastąpić jego likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych, wymaga zgody ministra właściwego do spraw zdrowia w formie decyzji, z zastrzeżeniem ust. 3.

[8)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1420 oraz z 2006 r. Nr 45, poz. 319, Nr 104, poz. 708, Nr 170, poz. 1217 i 1218, Nr 187, poz. 1381 i Nr 249, poz. 1832.

3. Do uchwał i zarządzeń, o których mowa w ust. 1 i 2, nie ma zastosowania art. 43.

Art. 36b.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może odmówić zgody na likwidację lub przekształcenie publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w wyniku którego ma nastąpić jego likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych, tylko w przypadku, gdy zakład udziela określonych świadczeń zdrowotnych jako jedyny w województwie i nie jest możliwe dalsze udzielanie tych świadczeń w innym zakładzie opieki zdrowotnej.
2. W decyzji odmawiającej wyrażenia zgody minister właściwy do spraw zdrowia przyznaje publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środki publiczne niezbędne do dalszego funkcjonowania zakładu w zakresie gwarantującym realizację świadczeń zdrowotnych na dotychczasowym poziomie.
3. Za zobowiązania publicznego zakładu opieki zdrowotnej, powstałe po wydaniu decyzji odmawiającej zgody na likwidację lub przekształcenie zakładu, w wyniku którego miała nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych, odpowiedzialność ponosi Skarb Państwa.

Art. 37. (uchylony).

Art. 38.

1. Rozporządzenie, zarządzenie lub uchwała o utworzeniu publicznego zakładu opieki zdrowotnej określa nazwę zakładu, siedzibę, formę gospodarki finansowej, podstawowe kierunki działalności, obszar działania oraz organ sprawujący nadzór nad zakładem.
2. Obszar działania publicznego zakładu opieki zdrowotnej w odniesieniu do szpitali tworzy obwód szpitalny, a dla pozostałych zakładów – obwód lub rejon.
3. Przepis ust. 2 nie może naruszać prawa osoby uprawnionej do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej do wyboru lekarza lub zakładu opieki zdrowotnej.
4. Osobom zamieszkałym w obwodzie szpitalnym, obwodzie lub rejonie przysługuje, z zastrzeżeniem art. 7, pierwszeństwo uzyskania świadczenia przed innymi osobami.
5. Osoby uprawnione do świadczeń zdrowotnych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie mogą być obciążane opłatami za ich udzielanie, nawet gdy świadczeń zdrowotnych udziela publiczny zakład opieki zdrowotnej niebędący właściwym ze względu na obszar lub rejon swojego działania.

Art. 39.

1. Statut publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oprócz postanowień, o których mowa w art. 11, może określać sposób uczestniczenia zakładu w prowadzeniu badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych lub realizacji celów nauko-

wych i dydaktycznych oraz w kształceniu osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego lub wykonujących zawód medyczny.

2. Statut publicznego zakładu opieki zdrowotnej uchwala rada społeczna zakładu i przedkłada go do zatwierdzenia organowi, który utworzył zakład. Nie dotyczy to zakładu utworzonego na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 3a i 3b.

3. Przepis ust. 2 stosuje się odpowiednio przy dokonywaniu zmian w statucie.

Art. 40.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw pracy określa, w drodze rozporządzenia, zasady wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonych w formie wymienionej w art. 35c oraz dla pracowników zakładu utworzonego na zasadzie określonej w art. 8 ust. 4.

3. (uchylony).

Art. 41.

Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, minimalne normy wyposażenia publicznego zakładu opieki zdrowotnej w sprzęt i aparaturę medyczną oraz standardy tego wyposażenia.

Art. 42.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej może dokonać zakupu lub przyjąć darowiznę aparatury i sprzętu medycznego wyłącznie o przeznaczeniu i standardzie określonym przez podmiot, który zakład utworzył, oraz na zasadach określonych przez ten podmiot.

Art. 43.

1. Rozporządzenie lub uchwała o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinny określać sposób i formę zapewnienia osobom korzystającym z oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych likwidowanego zakładu dalsze, nieprzerwane udzielanie takich świadczeń, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości oraz termin zakończenia działalności, nie wcześniej niż 3 miesiące od daty wydania rozporządzenia lub podjęcia uchwały o likwidacji.

2. Projekt rozporządzenia lub uchwały o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej wymaga opinii wojewody oraz opinii właściwych organów gminy i powiatu, których ludności zakład udziela świadczeń zdrowotnych, a także sejmiku województwa, jeśli zasięg działania zakładu obejmuje województwo lub jego znaczną część.

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio przy wydawaniu rozporządzenia i podejmowaniu uchwały o przekształceniu zakładu, jeżeli w wyniku przekształcenia ma nastąpić likwidacja lub istotne ograniczenie poszczególnych rodzajów działalności zakładu i udzielanych świadczeń zdrowotnych.

4. Rozporządzenie lub uchwała o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowi, po upływie terminu określonego w ust. 1, podstawę do skreślenia zakładu z dniem zakończenia jego działalności z rejestru zakładów opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 12.

Rozdział 2a

(uchylony).

Art. 43a–43d. (uchylone).

Art. 43e.

1. Szpital może udostępniać publicznej uczelni medycznej, publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Polskiej Akademii Nauk, państwowej jednostce badawczo-rozwojowej prowadzącej publiczny zakład opieki zdrowotnej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oddział szpitalny, zwany dalej „oddziałem klinicznym", na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Udostępnienie oddziału klinicznego następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej (szpitala) odpowiednio z: publiczną uczelnią medyczną, publiczną uczelnią prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, Polską Akademią Nauk, państwową jednostką badawczo-rozwojową prowadzącą publiczny zakład opieki zdrowotnej lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Zawarcie umowy wymaga zgody podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej (szpital).
3. Udostępnianie oddziału klinicznego nie może ograniczyć dostępności świadczeń zdrowotnych określonych w statucie publicznego zakładu opieki zdrowotnej (szpitala).

Art. 43f.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, konieczne elementy umów o udostępnienie oddziału klinicznego na wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Art. 43g. (uchylony).

Art. 43h.

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 z co najmniej dwóch łączących się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

2. Podmioty, które utworzyły samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, mogą dokonać połączenia tych zakładów:
   1) w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały – w przypadku zakładów utworzonych przez ten sam podmiot;
   2) w drodze porozumienia – w przypadku zakładów utworzonych przez różne podmioty.
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 zakładu przejmowanego albo zakładów łączących się;
   3) zasadach odpowiedzialności za zobowiązania zakładu przejmowanego albo zakładów łączących się;
   4) terminie złożenia wniosku, o którym mowa w art. 43i ust. 1 pkt 1 albo 2, nie wcześniejszym niż trzy miesiące od dnia wydania lub przyjęcia aktu o połączeniu.
4. Jeżeli w wyniku połączenia w trybie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo 2, może nastąpić istotne ograniczenie dostępności, warunków udzielania i jakości oznaczonych rodzajowo świadczeń zdrowotnych przejmowanego zakładu albo łączących się zakładów, akt o połączeniu zawiera także postanowienia o sposobie i formie zapewnienia osobom korzystającym ze świadczeń zdrowotnych tych zakładów, dalszego nieprzerwanego ich udzielania bez istotnego ograniczenia dostępności, warunków udzielania i jakości.
5. W przypadku połączenia, o którym mowa w ust. 1:
   1) pkt 1 – akt o połączeniu zawiera także nazwę i siedzibę zakładu przejmowanego;
   2) pkt 2 – akt o połączeniu zawiera także nazwy i siedziby zakładów łączących się.
6. W porozumieniu wskazuje się także podmiot, który przejmuje uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.
7. Projekt aktu o połączeniu wymaga opinii wojewody właściwego ze względu na siedzibę każdego z samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podlegających połączeniu w trybie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo 2.
8. Wojewoda wydaje opinię, o której mowa w ust. 7, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu aktu o połączeniu. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.
9. Przepisów ust. 7 i 8 nie stosuje się w przypadku wojewody, który jest podmiotem, który utworzył zakład, zamierzającym dokonać połączenia tego zakładu w trybie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo 2.
10. Połączenie, o którym mowa w ust. 1, nie stanowi likwidacji zakładu przejmowanego albo łączących się zakładów.

11. Do pracowników zakładu przejmowanego oraz do pracowników zakładów łączących się stosuje się art. 23^1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.[9)]).

Art. 43i.

1. W terminie określonym w akcie o połączeniu kierownik zakładu przejmującego albo kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia składa wniosek o:
   1) wykreślenie zakładu przejmowanego z rejestru, o którym mowa w art. 12, oraz z Krajowego Rejestru Sądowego – w przypadku połączenia, o którym mowa w art. 43h ust. 1 pkt 1;
   2) dokonanie wpisu w rejestrze, o którym mowa w art. 12, a następnie składa wniosek o wpisanie tego zakładu do Krajowego Rejestru Sądowego – w przypadku połączenia, o którym mowa w art. 43h ust. 1 pkt 2.
2. W przypadku połączenia, o którym mowa w art. 43h ust. 1 pkt 2, z dniem wpisania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej powstałego w wyniku połączenia do:
   1) rejestru, o którym mowa w art. 12,
   2) Krajowego Rejestru Sądowego

   – następuje z urzędu wykreślenie łączących się zakładów z tych rejestrów.
3. W przypadku połączenia, o którym mowa w art. 43h 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.
4. Z dniem wykreślenia zakładu przejmowanego z Krajowego Rejestru Sądowego zakład przejmujący wstępuje we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był zakład przejmowany, bez względu na charakter prawny tych stosunków.

Art. 43j.

1. W przypadku jednostek samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył 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, który utworzył zakład.

[9)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr 199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615.

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, który utworzył zakład.

3. Jednostki samorządu terytorialnego, które faktycznie wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył 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

– zakładu, w stosunku do którego wykonywały uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.

Rozdział 3
Zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej

Art. 44.

1. Odpowiedzialność za zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej ponosi kierownik zakładu.

2. Kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej kieruje zakładem i reprezentuje go na zewnątrz. Kierownik zakładu jest przełożonym pracowników zakładu.

3. (uchylony).

4. Podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, nawiązuje z kierownikiem tego zakładu stosunek pracy na podstawie powołania lub umowy o pracę albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

5. Z kierownikiem zakładu opieki zdrowotnej, utworzonego przez podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 3a lub 3b, nawiązuje stosunek pracy albo zawiera umowę cywilnoprawną odpowiednio rektor właściwej uczelni państwowej albo dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego; do żołnierzy zawodowych stosuje się przepisy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.

5a. Kierownikowi zakładu opieki zdrowotnej, utworzonego przez podmiot, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt 3a, przysługuje prawo do przedstawiania senatowi właściwej uczelni medycznej opinii i wniosków w sprawach zastrzeżonych do kompetencji podmiotu, który utworzył zakład, a wywołujących skutki w sferze związanej z zarządzaniem szpitalem klinicznym, na warunkach i w trybie określonych w statucie uczelni.

5b. Komendanta zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez Wojskową Akademię Medyczną wyznacza Minister Obrony Narodowej, na wniosek rektora, po zasięgnięciu opinii szefa (dyrektora) komórki organizacyjnej właściwej do spraw służby zdrowia w Ministerstwie Obrony Narodowej.

6. (uchylony).

7. Podmiot, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, może rozwiązać bez wypowiedzenia umowę o pracę lub odwołać kierownika zakładu opieki zdrowotnej, jeżeli zakład ten przekroczył przyrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, ustalony na podstawie ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r.

Nr 1, poz. 2, z późn. zm.[10]), co spowodowało pogorszenie sytuacji finansowej zakładu.

8. Umowa cywilnoprawna zawarta z kierownikiem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o której mowa w ust. 4 i 5, w zakresie postanowień określających przyczyny rozwiązania takiej umowy bez wypowiedzenia powinna przewidywać przekroczenie przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej przyrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, ustalonego na podstawie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw, jeżeli spowodowało to pogorszenie sytuacji finansowej zakładu.

9. Umowa o pracę, powołanie lub umowa cywilnoprawna, o których mowa w ust. 4, mogą przewidywać możliwość udzielania przez kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej wykonującego zawód medyczny świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie.

10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, umowa o pracę, powołanie lub umowa cywilnoprawna określają warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym wymiar czasu pracy.

Art. 44a.

1. W publicznych zakładach opieki zdrowotnej, z wyjątkiem publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych w celu określonym w art. 1 ust. 2 pkt 1 oraz żłobków, przeprowadza się konkurs na stanowisko:
   1) kierownika zakładu, z wyjątkiem kierownika samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej;
   2) zastępcy kierownika zakładu w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem;
   3) ordynatora;
   3a) ordynatora – kierownika kliniki;
   3b) ordynatora – kierownika oddziału klinicznego;
   4) naczelnej pielęgniarki;
   5) przełożonej pielęgniarek zakładu;
   6) pielęgniarki oddziałowej.

2. Konkurs na stanowisko kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz zastępcy kierownika w okoliczności określonej w ust. 1 pkt 2 ogłasza podmiot, który utworzył zakład, a na pozostałe stanowiska – kierownik zakładu, z zastrzeżeniem ust. 2a.

2a. Konkurs na stanowisko ordynatora – kierownika kliniki oraz ordynatora – kierownika oddziału klinicznego ogłasza i przeprowadza odpowiednio:
   1) rektor właściwej publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, na zasadach określonych w statucie uczelni;
   2) dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, na zasadach określonych w statucie Centrum.

[10]) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1995 r. Nr 43, poz. 221, z 1997 r. Nr 121, poz. 770, z 1998 r. Nr 162, poz. 1112, z 2001 r. Nr 5, poz. 45 i Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 6, poz. 63 oraz z 2004 r. Nr 26, poz. 226 i Nr 240, poz. 2407.

2b. Odpowiednio rektor albo dyrektor, o których mowa w ust. 2a, powołuje ordynatora – kierownika kliniki oraz ordynatora – kierownika oddziału klinicznego, po uprzednim zasięgnięciu opinii kierownika zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 44 ust. 5.

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, odpowiednio podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, lub kierownik tego zakładu ogłasza nowy konkurs w ciągu dwóch miesięcy od daty zakończenia postępowania poprzedniego konkursu.

4. Jeżeli w wyniku postępowania dwóch kolejnych konkursów kandydat nie został wybrany z przyczyn określonych w ust. 3, odpowiednio podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, lub kierownik tego zakładu nawiązuje stosunek pracy z osobą przez siebie wskazaną po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej.

5. Z kandydatem wybranym w drodze konkursu na stanowisko określone w ust. 1 pkt 2–6 kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej nawiązuje stosunek pracy na podstawie umowy o pracę.

6. Zasadę nawiązywania stosunku pracy, o której mowa w ust. 5, stosuje się również w okoliczności określonej w ust. 4.

7. Stosunek pracy z kandydatem wybranym na stanowisko określone w ust. 1 nawiązuje się na 6 lat. Okres ten może być przedłużony do 8 lat, jeżeli do osiągnięcia wieku emerytalnego pracownikowi brakuje nie więcej niż 2 lata.

7a. Stosunek pracy nawiązany z kandydatem wybranym na stanowisko ordynatora – kierownika kliniki oraz ordynatora – kierownika oddziału klinicznego może być rozwiązany na wniosek kierownika zakładu.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady przeprowadzania konkursu, skład komisji konkursowej oraz ramowy regulamin przeprowadzania konkursu.

Art. 44b.

Przy publicznym zakładzie opieki zdrowotnej działa rada społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu, który utworzył zakład, oraz organem doradczym kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 48a.

Art. 44c.

1. W zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 3a, skład rady społecznej, zadania, czas trwania kadencji oraz okoliczności odwołania członków rady przed upływem kadencji ustala w statucie tego zakładu senat właściwej publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

2. W skład rady społecznej działającej przy zakładzie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, wchodzą z zastrzeżeniem ust. 4:

   1) jako przewodniczący – przedstawiciel rektora uczelni;

   2) jako członkowie:

a) przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia,

b) przedstawiciel wojewody,

c) przedstawiciel przewodniczącego zarządu samorządu województwa,

d) przedstawiciel okręgowej izby lekarskiej,

e) przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych,

f) osoby powołane przez senat – w ilości nieprzekraczającej 5 osób.

3. Członkiem rady społecznej zakładu, o którym mowa w ust. 1, nie może być osoba pozostająca w stosunku pracy z zakładem opieki zdrowotnej utworzonym przez publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.

4. Do zakładu opieki zdrowotnej utworzonego przez uczelnię, o której mowa w art. 8 ust. 1 pkt 3a, nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, nie stosuje się przepisów ust. 2 pkt 2 lit. b i c; do żołnierzy zawodowych stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 3.

5. Radę społeczną powołuje, odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie rektor właściwej państwowej uczelni.

Art. 45.

1. W skład rady społecznej działającej przy publicznych zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez organy, o których mowa w art. 8 ust. 1–3, wchodzą:

1) jako przewodniczący:

a) przedstawiciel organu administracji rządowej – w zakładach utworzonych przez te organy,

b) wójt (burmistrz, prezydent miasta), starosta albo marszałek województwa lub osoba przez niego wyznaczona – w zakładzie utworzonym przez organ gminy, powiatu lub samorządu województwa;

2) jako członkowie:

a) przedstawiciel wojewody – w zakładzie utworzonym przez organ gminy, powiatu lub samorządu województwa,

b) przedstawiciele wybrani przez radę gminy lub radę powiatu, z zastrzeżeniem przepisu lit. c – w liczbie określonej przez organ, który utworzył zakład,

c) przedstawiciele wybrani przez sejmik województwa – w zakładzie o wojewódzkim obszarze działania – w liczbie nieprzekraczającej 15 osób,

d) osoby powołane przez organ, który utworzył zakład 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,

e) przedstawiciel rektora publicznej uczelni medycznej lub publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w zakładzie (szpitalu), w którym jest oddział kliniczny.

2. (uchylony).

3. W posiedzeniach plenarnych rady społecznej uczestniczy kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej oraz przedstawiciel organizacji związkowej.
4. 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.
5. Członkiem rady społecznej publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie może być pracownik danego zakładu.
6. Członkowi rady społecznej przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w posiedzeniach rady społecznej.
7. Za udział w posiedzeniach rady społecznej jej członkowi przysługuje od podmiotu, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, rekompensata w wysokości utraconych zarobków, jeżeli z powodu uczestnictwa w posiedzeniu rady pracodawca nie udzielił członkowi na ten czas zwolnienia z wykonywania obowiązków pracowniczych z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.
8. Radę społeczną powołuje, odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Art. 45a.

1. W zakładzie opieki zdrowotnej, utworzonym na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 3b, skład rady społecznej, zadania, czas trwania kadencji oraz okoliczności odwołania członków rady przed upływem kadencji ustala w statucie tego zakładu dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.
2. W skład rady społecznej działającej przy zakładzie opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, wchodzą:
   1) jako przewodniczący – przedstawiciel dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
   2) jako członkowie:
      a) przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia,
      b) przedstawiciel wojewody,
      c) przedstawiciel przewodniczącego zarządu samorządu województwa,
      d) przedstawiciel okręgowej izby lekarskiej,
      e) przedstawiciel okręgowej rady pielęgniarek i położnych,
      f) osoby powołane przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – w liczbie nieprzekraczającej 5 osób.
3. Członkiem rady społecznej zakładu, o którym mowa w ust. 1, nie może być osoba pozostająca w stosunku pracy z zakładem opieki zdrowotnej utworzonym na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 3b.
4. Radę społeczną powołuje, odwołuje oraz zwołuje jej pierwsze posiedzenie dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Art. 46.

Do zadań rady społecznej należy:

1) przedstawianie podmiotowi, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, wniosków i opinii w sprawach:
   a) zmiany lub rozwiązania umowy o udzielenie publicznego zamówienia na świadczenia zdrowotne,
   b) zbycia środka trwałego oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego,
   c) związanych z przekształceniem lub likwidacją zakładu, jego przebudową, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności,
   d) przyznawania kierownikowi zakładu nagród,
   e) rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej o zarządzanie publicznym zakładem opieki zdrowotnej z kierownikiem zakładu;
2) przedstawianie kierownikowi publicznego zakładu opieki zdrowotnej wniosków i opinii w sprawach:
   a) planu finansowego i inwestycyjnego,
   b) rocznego sprawozdania z realizacji planu inwestycyjnego i finansowego,
   c) kredytów bankowych lub dotacji,
   d) podziału zysku;
3) uchwalanie regulaminu swojej działalności oraz przedkładanie regulaminu do zatwierdzenia podmiotowi, który utworzył zakład;
4) zatwierdzanie regulaminu porządkowego publicznego zakładu opieki zdrowotnej;
5) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające ze świadczeń zakładu, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
6) przedstawianie wniosków organowi finansującemu określony zakres działalności, w którego imieniu rada społeczna wykonuje swoje zadania;
6a) opiniowanie wniosku kierownika szpitala, o którym mowa w art. 65a ust. 1;
7) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Art. 47.

1. Skład rady społecznej i czas trwania jej kadencji określa statut publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
2. Sposób zwoływania posiedzeń rady społecznej, tryb pracy i podejmowania uchwał określa regulamin rady społecznej.
3. Od uchwały rady społecznej kierownikowi publicznego zakładu opieki zdrowotnej przysługuje odwołanie do podmiotu, który utworzył zakład.

Art. 48.

Właściwy organ może uzależnić zawarcie umowy, o której mowa w art. 35 ust. 1, od ustanowienia przez prowadzącego zakład opieki zdrowotnej rady społecznej, do której stosuje się odpowiednio art. 45 ust. 1, art. 46 pkt 1 lit. e oraz pkt 2, 3 i 4, z

tym że wnioski, o których mowa w art. 46 pkt 4, rada społeczna przedstawia organowi, który zawarł umowę.

Art. 48a.

1. Rady społecznej nie powołuje się w:
   1) wojewódzkich, powiatowych i granicznych stacjach sanitarno-epidemiologicznych, regionalnych centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
   2) żłobkach;
   3) (uchylony).
2. Zadania określone w art. 46 w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych w celu, o którym mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1, wykonuje rada naukowa działająca na podstawie przepisów wymienionych w art. 8a *ust. 2*.

Rozdział 4

Zasady gospodarki publicznych zakładów opieki zdrowotnej

Art. 49. (uchylony).

Art. 50.

1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 35c, gospodaruje przekazaną w zarząd częścią mienia państwowego lub komunalnego oraz przydzielonymi środkami finansowymi, kierując się efektywnością ich wykorzystania, na zasadach określonych w ustawie z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Publiczny zakład opieki zdrowotnej pozostawia w swojej dyspozycji:
   1) 70 % środków budżetowych niewykorzystanych w danym roku, jeżeli jest prowadzony w formie jednostki budżetowej;
   2) 70 % wpłaty przeznaczonej dla budżetu, jeżeli jest prowadzony w formie zakładu budżetowego.
3. Do żłobka prowadzonego w formie zakładu budżetowego nie stosuje się przepisu art. 24 ust. 7 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych.
4. (uchylony).

Art. 50a-52. (uchylone).

Art. 53.

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skar-

bu Państwa lub komunalnym oraz majątkiem własnym (otrzymanym i zakupionym).

2. Zbycie aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył zakład.
3. Zasady, o których mowa w ust. 2, mogą polegać w szczególności na ustanowieniu wymogu uzyskania zgody podmiotu, który utworzył zakład 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 wymaga zgody podmiotu, który utworzył zakład, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Wniesienie majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub przysługującego mu do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazanie fundacji lub stowarzyszeniu, których przedmiotem działalności jest świadczenie usług w zakresie ochrony zdrowia, jest zabronione.
6. Umowy zbycia, dzierżawy, najmu, użytkowania oraz użyczenia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zawarte z naruszeniem ust. 2–5 lub sprzeczne z wymaganiami określonymi w art. 1 ust. 4 i 5, są nieważne z mocy prawa.
7. W przypadku naruszenia przepisów ust. 2–5 lub art. 1 ust. 4 i 5 podmiot, który utworzył zakład może wystąpić do sądu o stwierdzenie nieważności umowy zbycia, dzierżawy, najmu, użytkowania oraz użyczenia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.
8. Podstawą gospodarki samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest plan finansowy ustalany przez kierownika zakładu.

Art. 53a.

1. Podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, może pozbawić zakład składników przydzielonego lub nabytego mienia w przypadku połączenia lub podziału albo przekształcenia zakładu, przeprowadzanych na zasadach określonych w ustawie.
2. W przypadku likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jego majątek, po zaspokojeniu wierzytelności, staje się własnością Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego lub własnością publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, a o jego przeznaczeniu decyduje podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Art. 54.

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:
   1) z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej;
   2) na realizację programów zdrowotnych w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i pro-

gramu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na podstawie umowy i w zakresie w niej określonym;

2a) na realizację programów współfinansowanych ze środków pochodzących z budżetu Unii Europejskiej;

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

4) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego, z zastrzeżeniem art. 42;

5) na realizację innych zadań określonych odrębnymi przepisami.

2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 5, mogą być finansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, podmiotu, który utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów.

2a. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 2a, mogą być współfinansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, podmiotu, który utworzył zakład, oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów, uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów.

2b. Umowy, o których mowa w ust. 1 pkt 1, mogą być również zawierane przez zakład ubezpieczeń działający na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.[11)]).

3. Do warunków i trybu przekazywania środków publicznych, o których mowa w ust. 2, przez dysponentów tych środków nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych.

4. Zasady realizacji i finansowania programów zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2, określają przepisy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 2, a także sposób rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania, z uwzględnieniem sporządzania przez zakład planu rzeczowo-finansowego zadania, rodzaju wydatków, jakie mogą być finansowane, oraz istotnych elementów umowy o realizację zadania.

Art. 54a.

Do jednostek badawczo-rozwojowych, będących publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 35d, stosuje się odpowiednio przepisy art. 54.

Art. 55.

1. Zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może otrzymywać dotacje budżetowe na:

[11)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 91, poz. 870 i Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 83, poz. 719, Nr 143, poz. 1204, Nr 167, poz. 1396, Nr 183, poz. 1538, Nr 184, poz. 1539 i Nr 184, poz. 1539, z 2006 r. Nr 157, poz. 1119 oraz z 2007 r. Nr 50, poz. 331, Nr 82, poz. 557, Nr 102, poz. 691 i Nr 112, poz. 769.

1) realizację zadań w zakresie zapobiegania chorobom i urazom lub innych programów zdrowotnych oraz promocję zdrowia;
2) pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne;
3) remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego;
4) cele szczególne określone w odrębnych przepisach.

2. Dotacje może przyznać podmiot, który utworzył zakład, a w przypadku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład, jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych lub Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, także minister właściwy do spraw zdrowia.
3. Dotacje, poza podmiotami wymienionymi w ust. 2, może przyznać również:
   1) właściwy organ jednostki samorządu terytorialnego – w przypadku dotacji, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3;
   2) minister właściwy do spraw zdrowia – w przypadku dotacji, o której mowa w ust. 1 pkt 4.
4. Dotacje przyznane samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem, który utworzył zakład, jest publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, przekazuje się odpowiednio za pośrednictwem tych podmiotów.

Art. 56.

1. Wartość majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej określają:
   1) fundusz założycielski;
   2) fundusz zakładu.
2. Fundusz założycielski zakładu stanowi wartość wydzielonej zakładowi części mienia państwowego lub komunalnego lub mienia publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.
3. Fundusz zakładu stanowi wartość majątku zakładu po odliczeniu funduszu założycielskiego.

Art. 57.

Fundusz założycielski samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zwiększają, przekazane z budżetu państwa, dotacje na remonty, inwestycje, w tym zakup aparatury i sprzętu medycznego, dotacje z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na cele rozwojowe zakładu oraz dary mające charakter aktywów trwałych lub przeznaczone na cele rozwojowe.

Art. 58.

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.

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.

3. Do amortyzacji aktywów trwałych stosuje się ogólne zasady określone w odrębnych przepisach.

Art. 59.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej decyduje sam o podziale zysku.

Art. 59a.

1. W przypadku wzrostu kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wobec samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w stosunku do kwoty wynikającej z poprzedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącej tego samego rodzaju lub zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej jest obowiązany do przeznaczenia nie mniej niż 40% kwoty, o którą wzrosło zobowiązanie, na wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych w tym zakładzie.

2. Wykonywanie obowiązku, o którym mowa w ust. 1, następuje w uzgodnieniu z zakładową organizacją związkową. W przypadku gdy w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej działa więcej niż jedna organizacja związkowa, organizacje wspólnie uzgadniają wykonanie obowiązku, o którym mowa w ust. 1.

3. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, wykonuje obowiązek, o którym mowa w ust. 1, w uzgodnieniu z pracownikiem wybranym przez załogę do reprezentowania jej interesów.

4. W przypadku nieuzgodnienia wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 1, w terminie 30 dni od dnia przekazania propozycji sposobu jego wykonania, decyzję podejmuje kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

5. Do wzrostu kwoty zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których przedmiotem jest wyłącznie stosowanie leków w rozumieniu tej ustawy, nie stosuje się przepisów ust. 1-4.

6. Do wzrostu rocznej stawki kapitacyjnej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się przepisy ust. 1-4.

Art. 59b.

Do wzrostu wynagrodzeń, o którym mowa w art. 59a, nie stosuje się wskaźników przyrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, o których mowa w ustawie z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz.U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2, z późn. zm.[12)]).

Art. 60.

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie ujemny wynik finansowy.
2. Ujemny wynik finansowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie może być podstawą do zaprzestania działalności, jeżeli dalsze istnienie tego zakładu uzasadnione jest celami i zadaniami, do których realizacji został utworzony, a których nie może przejąć inny zakład w sposób zapewniający nieprzerwane sprawowanie opieki zdrowotnej nad ludnością.
3. Jeżeli ujemny wynik finansowy nie może być pokryty w sposób określony w ust. 1, organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, wydaje rozporządzenie lub podejmuje uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej zakładu lub o jego likwidacji.
4. Organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem ust. 2, pokrywa ujemny wynik finansowy zakładu ze środków publicznych i może określić formę dalszego finansowania zakładu na zasadach określonych w art. 35c.

4a. Postanowienia ust. 3 i 4 nie dotyczą zakładu opieki zdrowotnej utworzonego na podstawie art. 8 ust. 1 pkt 3a i 3b.

4b. Rozporządzenie, zarządzenie lub uchwała o likwidacji zakładu opieki zdrowotnej powinna zawierać:

1) określenie zakładu podlegającego likwidacji;
2) oznaczenie dnia otwarcia likwidacji;
3) określenie sposobu i trybu zadysponowania składnikami materialnymi i niematerialnymi;
4) wskazanie podmiotu, który przejmie prawa i obowiązki likwidowanego zakładu, oraz określenie zakresu tych praw i obowiązków;
5) oznaczenie dnia zakończenia czynności likwidacyjnych.

5. Rozporządzenie, zarządzenie lub uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowi podstawę do wykreślenia zakładu z Krajowego Rejestru Sądowego.

5a. (uchylony).

6. Zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa lub właściwej jednostki samorządu terytorialnego, lub odpowiednio publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, lub Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

[12)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1995 r. Nr 43, poz. 221, z 1997 r. Nr 121, poz. 770, z 1998 r. Nr 162, poz. 1112, z 2001 r. Nr 5, poz. 45 i Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 6, poz. 63 oraz z 2004 r. Nr 26, poz. 226 i Nr 240, poz. 2407.

Art. 61.

1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzi rachunkowość na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
2. (utracił moc).
3. (utracił moc).

Art. 62.

Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, szczególne zasady rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Rozdział 4a

Szczególne uprawnienia pracowników zatrudnionych w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej

Art. 62a.

Za długoletnią pracę pracownikowi 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. 62b.

1. Pracownikowi 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. 62c.

Ustalanie okresów uprawniających do nagrody jubileuszowej, o której mowa w art. 62a, oraz jednorazowej odprawy przysługującej pracownikowi przechodzącemu na emeryturę lub rentę z tytułu niezdolności do pracy, o której mowa w art. 62b, a także szczegółowe zasady ich obliczania i wypłacania regulują przepisy o wynagrodzeniu obowiązujące u danego pracodawcy.

Art. 62d.

1. Pracownikowi 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.

Rozdział 5

(uchylony).

Dział III

Przepisy o kontroli zakładów

Art. 65.

1. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w stosunku do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, oraz wojewodzie, w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej prowadzących działalność na obszarze województwa, przysługuje prawo:
   1) przeprowadzania kontroli, pod względem zgodności z prawem, celowości i gospodarności, działalności prowadzonej przez zakład, obejmującej w szczególności:
      a) wizytację pomieszczeń zakładu,
      b) obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 1 pkt 4,
      c) sprawdzanie przestrzegania spełniania wymagań dotyczących dopuszczenia do stosowania i sposobu użytkowania, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, wyrobów medycznych oraz ambulansów sanitarnych,
      d) żądanie informacji i dokumentacji, w tym również dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem art. 18,
      e) ocenę realizacji zadań statutowych, w tym dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych,
      f) ocenę prawidłowości gospodarowania mieniem w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej,
      g) ocenę prawidłowości gospodarowania środkami publicznymi;
   2) wydawania zaleceń pokontrolnych mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości;
   3) wydawania decyzji administracyjnych nakazujących usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.
2. Czynności wymienione w ust. 1 pkt 1 lit. b, d i e mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny, właściwy ze względu na rodzaj i zakres kontrolowanych czynności.
3. W odniesieniu do niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej uprawnienia w zakresie kontroli, pod względem celowości i gospodarności, działalności pro-

wadzonej przez zakład, przysługują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodzie wyłącznie w zakresie, w jakim zakłady te korzystają ze środków publicznych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda informuje podmiot, który utworzył zakład, o wynikach przeprowadzonej kontroli.

Art. 65a.

1. Czasowe zaprzestanie działalności całkowicie lub w zakresie niektórych jednostek lub komórek organizacyjnych szpitala wymaga zgody wojewody.
2. Kierownik szpitala, po uzyskaniu pozytywnej opinii podmiotu, który utworzył szpital, a w przypadku szpitala będącego publicznym zakładem opieki zdrowotnej również rady społecznej, występuje do wojewody z wnioskiem o udzielenie zgody, o której mowa w ust. 1.
3. Wniosek kierownika szpitala powinien zawierać określenie przyczyny oraz proponowany okres zaprzestania działalności.
4. Podmioty, o których mowa w ust. 2, wydają opinię w terminie 21 dni od dnia otrzymania wniosku kierownika szpitala. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej.
5. Wojewoda, przed wyrażeniem zgody, zasięga opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
6. Wojewoda wydaje zgodę lub odmawia jej wydania, w drodze decyzji administracyjnej, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.
7. Zgodę wydaje się na okres nieprzekraczający 3 miesięcy.
8. W przypadku gdy zaprzestanie działalności:
   1) jest spowodowane siłą wyższą,
   2) wynika z decyzji administracyjnej podjętej na podstawie odrębnych przepisów

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

Art. 65b.

1. W przypadku czasowego zaprzestania działalności całkowicie lub w zakresie niektórych jednostek lub komórek organizacyjnych, bez zachowania trybu określonego w art. 65a, wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na kierownika szpitala karę pieniężną w wysokości do trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia tej osoby, wyliczonego na podstawie wynagrodzenia za ostatnie 3 miesiące poprzedzające miesiąc, w którym nałożono karę.
2. Przy ustalaniu wysokości kary pieniężnej wojewoda jest obowiązany uwzględniać rodzaj i wagę stwierdzonych naruszeń.
3. Kara pieniężna podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.
4. Na decyzję w sprawie kary pieniężnej przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 66.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda mogą zlecić przeprowadzenie jednorazowej kontroli zakładu opieki zdrowotnej pod względem medycznym lub kontrolowanie go w sposób ciągły: konsultantom, o których mowa w art. 66a, organom samorządów zawodów medycznych, medycznym towarzystwom naukowym, zakładom opieki zdrowotnej, publicznym uczelniom medycznym i publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, medycznym jednostkom badawczo-rozwojowym, innym jednostkom organizacyjnym podległym lub nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz specjalistom z poszczególnych dziedzin medycyny – za ich zgodą.
2. Osobie przeprowadzającej kontrolę przysługują uprawnienia określone w art. 65 ust. 1 pkt 1 lit. a–e.
3. Osoba przeprowadzająca kontrolę przedstawia poczynione spostrzeżenia kierownikowi zakładu, a opinie i wnioski – organowi zlecającemu kontrolę.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, sposób zlecania kontroli, jej organizację i zasady finansowania, tryb postępowania przy wykonywaniu czynności kontrolnych oraz zasady wynagradzania za te czynności.

Art. 66a.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może powołać konsultantów krajowych spośród specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji oraz innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, do wykonywania zadań opiniodawczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących zakłady opieki zdrowotnej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, a także do prowadzenia nadzoru nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego lekarzy i *lekarzy stomatologów*[13)], szkolenia podyplomowego farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne.
2. W celu realizacji zadań państwa związanych wyłącznie z obronnością kraju w czasie wojny i pokoju, minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej może powołać konsultanta krajowego w dziedzinie lub dziedzinach medycyny związanych z realizacją tych zadań.
3. Wojewoda albo właściwi wojewodowie w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia mogą powołać konsultanta wojewódzkiego do wykonywania zadań, o których mowa w ust. 1, odpowiednio na obszarze województwa albo kilku województw, w dziedzinach określonych w ust. 1.
4. Działalność konsultanta krajowego jest finansowana ze środków ministra właściwego do spraw zdrowia, a w odniesieniu do konsultantów wymienionych w ust. 2 – ze środków Ministra Obrony Narodowej.
5. Działalność konsultanta wojewódzkiego jest finansowana ze środków właściwego wojewody albo ze środków właściwych wojewodów.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb powoływania konsultantów krajowych i wojewódzkich, ich szczegółowe zada-

13) Obecnie: lekarze dentyści.

nia, a także uprawnienia do udziału w komisjach i zespołach powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej, sposób finansowania tych zadań, zasady wynagradzania konsultantów oraz zakres współpracy pomiędzy konsultantami i organami, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, oraz pomiędzy konsultantem krajowym i wojewódzkim.

Art. 67.

1. Nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej sprawuje podmiot, który utworzył zakład, zwany dalej „podmiotem sprawującym nadzór".
2. Podmiot sprawujący nadzór dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika zakładu.
3. Kontrola i ocena, o których mowa w ust. 2, obejmują w szczególności:
   1) realizację zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń;
   2) prawidłowość gospodarowania mieniem;
   3) gospodarkę finansową.

3a. Rektor właściwej publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego są obowiązani przekazać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do dnia 31 stycznia i dnia 31 lipca każdego roku, informację obejmującą wyniki kontroli, o której mowa w ust. 3.

4. Podmiot sprawujący nadzór w razie stwierdzenia, że decyzja kierownika zakładu opieki zdrowotnej jest sprzeczna z prawem, wstrzymuje jej wykonanie oraz zobowiązuje kierownika do jej zmiany lub cofnięcia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami, o których mowa w art. 70a ust. 3.
6. W razie poinformowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia o wystąpieniu okoliczności zagrażających zapewnieniu dostępu do określonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podmiot sprawujący nadzór nakłada na zakład opieki zdrowotnej obowiązek podjęcia w określonym czasie działań zmierzających do zapewnienia dostępu do tych świadczeń.
7. Podmiot sprawujący nadzór informuje ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia właściwego ze względu na siedzibę zakładu opieki zdrowotnej o podjętych działaniach i stanie ich realizacji.
8. Wynagrodzenie za udzielanie świadczeń, o których mowa w ust. 6, jest ustalane na poziomie wynagrodzenia wynikającego z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju świadczeń w poprzednim roku.
9. W celu uzyskania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 8, świadczeniodawca składa wniosek do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.
10. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 6, pokrywa oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, do wysokości środków przeznaczonych na ten cel w planie finansowym.

Art. 67a.

1. Podmiot sprawujący nadzór może nałożyć na zakład opieki zdrowotnej obowiązek wykonania dodatkowego zadania, jeżeli jest to niezbędne ze względu na potrzeby systemu opieki zdrowotnej, w przypadku klęski żywiołowej lub w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych.
2. Podmiot sprawujący nadzór zapewnia zakładowi opieki zdrowotnej środki do wykonania zadania, o którym mowa w ust. 1, chyba że wykonanie zadania następuje odpłatnie na podstawie umowy.
3. W razie poniesienia szkody przez zakład opieki zdrowotnej przy wykonywaniu zadania określonego w ust. 1 podmiot sprawujący nadzór jest obowiązany do jej naprawienia.

Art. 67b.

1. Kontrolę wykonywania obowiązku, o którym mowa w art. 59a, przeprowadza:
   1) podmiot, który utworzył zakład;
   2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz.U. Nr 89, poz. 589).
2. W przypadku naruszenia przez kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wykonania obowiązku, o którym mowa w art. 59a:
   1) podmiot, który utworzył zakład, może rozwiązać bez wypowiedzenia umowę o pracę albo rozwiązać umowę cywilnoprawną, albo odwołać tego kierownika;
   2) Państwowa Inspekcja Pracy wydaje, na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy, nakaz usunięcia stwierdzonych uchybień w ustalonym w nakazie terminie.

Dział IV

Zakłady opieki zdrowotnej podlegające szczególnej regulacji

Art. 68. (uchylony).

Art. 69.

1. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości nie stosuje się przepisów działu II rozdziału 2, z wyjątkiem art. 40, i rozdziału 3 oraz działu III, z wyjątkiem art. 66 i 66a.

1a. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych nie stosuje się przepisów działu II rozdziału 2, z wyjątkiem art. 36, 40 i 43h, i rozdziału 3 oraz działu III, z wyjątkiem art. 66 i 66a.

2. Do zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości dla osób pozbawionych wolności przepisy ustawy stosuje się odpowiednio przy uwzględnieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy

(Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.[14)]) i ustawy z dnia 26 kwietnia 1996 r. o Służbie Więziennej (Dz. U. z 2002 r. Nr 207, poz. 1761, z późn. zm.[15)]) oraz wydanych na ich podstawie przepisów.

2a. Do publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej nie stosuje się art. 44a–44c i 45–48a oraz działu III, z wyjątkiem art. 66a ust. 2, art. 67 ust. 1–3 i ust. 4 oraz art. 67a.

3. Ministrowie, o których mowa w ust. 1, 1a i 2a, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, każdy w zakresie swojego działania, określą, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady tworzenia, przekształcania, likwidacji, organizacji, zarządzania i kontroli zakładów opieki zdrowotnej.

Art. 70.

1. Zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych współdziałają z innymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom uprawnionym do świadczeń tych zakładów.

2. (uchylony).

3. Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia:

   1) (uchylony);

   2) może określić kategorie osób uprawnionych do korzystania z bezpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1.

Dział V

Transport sanitarny

nowe brzmienie art. 70a wchodzi w życie z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. z 2006 r. Nr 143, poz. 1032), zmienione brzmienie ust. 3 oraz uchylenie ust. 4 wchodzi z dn. 02.01.2008 r. (Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410)

*[**Art. 70a.***

1. Transport sanitarny jest to przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu.

2. Transport sanitarny wykonywany jest specjalistycznymi środkami transportu samochodowego i lotniczego.

3. Transport sanitarny wykonują kolumny transportu sanitarnego, z zastrzeżeniem ust. 6.

4. Kolumnę transportu sanitarnego tworzy, przekształca i likwiduje organ założycielski, którym jest sejmik województwa.

5. (uchylony).

[14)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 160, poz. 1083, z 1999 r. Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 60, poz. 701 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071 i Nr 111, poz. 1194, z 2002 r. Nr 74, poz. 676 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 142, poz. 1380 i Nr 179, poz. 1750, z 2004 r. Nr 93, poz. 889, Nr 210, poz. 2135, Nr 240, poz. 2405, Nr 243, poz. 2426 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1363 i Nr 178, poz. 1479 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i Nr 226, poz. 1648.

[15)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 142, poz. 1380, Nr 166, poz. 1609 i Nr 210, poz. 2036, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711.

6. Usługi transportu sanitarnego mogą wykonywać środkami transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 2, także inne podmioty.

7. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 2, muszą spełniać wymagania sanitarne i techniczne.

8. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej[16)] określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, o których mowa w ust. 7, jakie muszą spełniać specjalistyczne środki transportu sanitarnego.]

<Art. 70a.

1. Transport sanitarny jest to przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu.

2. Transport sanitarny wykonywany jest specjalistycznymi środkami transportu lądowego, wodnego i lotniczego.

3. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 2, muszą spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

4. (uchylony).>

*[**Art. 70b.***

1. Kolumny transportu sanitarnego są jednostkami organizacyjnymi posiadającymi osobowość prawną, pokrywającymi z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i zobowiązania.

2. (uchylony).

3. Kolumna transportu sanitarnego podlega wpisowi do Krajowego Sądowego. Z chwilą wpisania do rejestru kolumna transportu sanitarnego uzyskuje osobowość prawną.

4. Do gospodarki finansowej kolumn transportu sanitarnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 53, 53a, 56–59, 60 ust. 1, 2 i 4–6 oraz art. 61.

nowe brzmienie art. 70b wchodzi w życie z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. z 2006 r. Nr 143, poz. 1032)

5. W przypadku braku możliwości pokrycia ujemnego wyniku finansowego w działalności kolumny transportu sanitarnego, organ założycielski może podjąć uchwałę o zmianie formy gospodarki finansowej w zakład budżetowy lub jednostkę budżetową albo podjąć uchwałę o jej likwidacji, z zastrzeżeniem art. 60 ust. 2.]

<Art. 70b.

1. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w stosunku do wszystkich podmiotów wykonujących transport sanitarny, oraz wojewodzie, w stosunku do podmiotów wykonujących transport sanitarny, mających siedzibę na

[16)] Obecnie: minister właściwy do spraw zdrowia, stosownie do art. 4, art. 5 pkt 28 i art. 33 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2003 r. Nr 159, poz. 1548, Nr 162, poz. 1568 i Nr 190, poz. 1864, z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 69, poz. 624, Nr 91, poz. 873 i Nr 96, poz. 959, Nr 116, poz. 1206, Nr 238, poz. 2390 i Nr 273, poz. 2702, z 2005 r. Nr 17, poz. 141, Nr 33, poz. 288, Nr 155, poz. 1298, Nr 169, poz. 1414 i 1417 i Nr 267, poz. 2258 oraz z 2006 r. Nr 45, poz. 319, Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708, Nr 143, poz. 1027, Nr 144, poz. 1045, Nr 157, poz. 1119, Nr 170, poz. 1218 i Nr 220, poz. 1600 i Nr 249, poz. 1829).

obszarze województwa, przysługuje prawo przeprowadzania czynności kontrolnych polegających na stwierdzeniu spełnienia przez specjalistyczne środki transportu sanitarnego wymagań, o których mowa w art. 70a ust. 3 i *4*.

2. Do przeprowadzania czynności kontrolnych, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 65. >

art. 70c traci moc z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. z 2006 r. Nr 143, poz. 1032)

*[**Art. 70c.***

Kolumny transportu sanitarnego wykonują usługi transportu sanitarnego, obejmujące transport sanitarny, o którym mowa w art. 70a ust. 1, i usługi polegające na pozostawaniu w gotowości do wykonywania tego przewozu oraz na zabezpieczeniu łączności bezprzewodowej.]

Art. 70d.

Z dn. 1.01.2008 r. w art. 70d: tracą moc ust. 1, 4, 5 i 6 oraz wchodzi w życie nowe brzmienie ust. 2 i 3 (Dz.U. jw.)

[1. Jednostki, o których mowa w art. 70b ust. 1, mogą uzyskiwać środki finansowe:

1) w drodze zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, zakładami opieki zdrowotnej i z innymi podmiotami o wykonywanie usług transportu sanitarnego;

2) z wykonywania usług transportu sanitarnego na zlecenie organu, który utworzył zakład, lub innych organów uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów;

3) z wydzielonej działalności gospodarczej, innej niż wymieniona w pkt 1 i 2, jeżeli statut tej jednostki przewiduje prowadzenie takiej działalności;

4) z darowizn, zapisów, spadków oraz z ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego, z zastrzeżeniem wynikającym z art. 42.]

[2. Narodowy Fundusz Zdrowia i publiczne zakłady opieki zdrowotnej zawierają umowy o wykonywanie usług transportu sanitarnego z podmiotami, o których mowa w art. 70a ust. 6 i art. 70b ust. 1, po przeprowadzeniu konkursu ofert.]

<2. Narodowy Fundusz Zdrowia i zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej i zakładu budżetowego, zawierają umowy o wykonywanie usług transportu sanitarnego z podmiotami spełniającymi wymagania, o których mowa w art. 70a.>

[3. Do przeprowadzania konkursu ofert i zawierania umów, o których mowa w ust. 2, stosuje się odpowiednio przepisy o zamówieniach na świadczenia zdrowotne realizowane ze środków publicznych, określone w ustawie.]

<3. Do umów, o których mowa w ust. 2, zawieranych przez:

1) Narodowy Fundusz Zdrowia stosuje się odpowiednio przepisy działu VI ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) zakład opieki zdrowotnej wymieniony w ust. 2 stosuje się odpowiednio przepisy art. 35 i 35a.>

[4. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze rozporządzenia, sposób przekazywania jednostkom, o których mowa w art. 70b ust. 1, środków publicznych na usługi transportu sanitarnego wykonywane na zlecenie organu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2.]

[5. Do zlecania usług, o których mowa w ust. 1 pkt 2, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.]

[6. Jednostki, o których mowa w art. 70b ust. 1, mogą otrzymywać dotacje budżetowe:

1) na inwestycje, w tym w szczególności na zakup środków transportu sanitarnego, łączności bezprzewodowej oraz aparatury i sprzętu medycznego – przyznawane przez organ, który utworzył jednostkę;

2) w celu wykonania zadań, o których mowa w art. 70f ust. 2;

3) przyznawane na podstawie odrębnych przepisów na cele szczególne.]

[Art. 70e.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej może określić, w drodze rozporządzenia, szczególne zasady rachunku kosztów w kolumnach transportu sanitarnego.

art. 70e-70h tracą moc z dn. 1.01.2008 r. (Dz.U. z 2006 r. Nr 143, poz. 1032)

Art. 70f.

1. *Nadzór nad kolumnami transportu sanitarnego sprawowany jest na zasadach określonych w art. 67.*
2. *Minister Zdrowia i Opieki Społecznej[17], wojewoda albo organ jednostki samorządu terytorialnego może nałożyć na podmioty prowadzące transport sanitarny specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego obowiązek wykonania dodatkowego zadania w przypadku katastrofy, epidemii, klęski żywiołowej albo w celu wykonania zobowiązań międzynarodowych.*
3. *Przepisy art. 67a ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.*

Art. 70g.

1. *Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej w stosunku do podmiotów tworzących transport sanitarny oraz wojewodzie w stosunku do podmiotów tworzących transport sanitarny na obszarze województwa przysługuje prawo przeprowadzania czynności kontrolnych polegających na stwierdzeniu spełnienia przez specjalistyczne środki transportu sanitarnego wymagań, o których mowa w art. 70a ust. 7 i 8.*
2. *Przepisy art. 65 ust. 1 pkt 2 i 3 stosuje się odpowiednio.*

Art. 70h.

Do kolumny transportu sanitarnego stosuje się odpowiednio przepisy art. 11, 36, 38 ust. 1, art. 42 i 44.]

Art. 70i.

1. Działalność lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest finansowana:
   1) z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w zakresie, o którym mowa w ust. 4;

[17] Obecnie: minister właściwy do spraw zdrowia.

2) przez zakład opieki zdrowotnej, na zlecenie którego dokonuje się transportu, w zakresie, o którym mowa w ust. 5.

2. Do zadań lotniczego zespołu transportu sanitarnego należy wykonywanie transportu sanitarnego, w tym transportu, o którym mowa w art. 41 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu transportu sanitarnego do wykonywania transportu sanitarnego w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 6.

4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest dokonywana, z zastrzeżeniem ust. 5, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a w szczególności:

1) kosztów osobowych;

2) kosztów eksploatacyjnych;

3) kosztów administracyjno-gospodarczych;

4) odpisu amortyzacyjnego, z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację budżetową.

5. Kosztów bezpośredniego użycia lotniczego zespołu transportu sanitarnego związanych z transportem sanitarnym nie wlicza się do kosztów działalności tego zespołu. Do kosztów tych zalicza się:

1) koszt paliwa;

2) koszt opłat trasowych i za lądowanie.

6. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a zakładem opieki zdrowotnej posiadającym lotnicze zespoły transportu sanitarnego.

7. W celu zawarcia umowy, o której mowa w ust. 6, przeprowadza się rokowania pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

8. Rokowania przeprowadza komisja powoływana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

9. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania transportu sanitarnego.

Dział Va

Przepis karny

Art. 70j.

1. Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który wbrew obowiązkowi, o którym mowa w art. 59a, nie przekazuje środków na wzrost wynagrodzeń w sposób określony w tym przepisie,

podlega karze grzywny.

2. Ściganie wykroczenia, o którym mowa w ust. 1, następuje na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy.

Dział VI
Przepisy przejściowe i końcowe

Art. 71.

1. Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o zakładzie leczniczym, rozumie się przez to zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy.
2. Ilekroć w obowiązujących przepisach jest mowa o zakładzie społecznym służby zdrowia lub o zakładzie społecznej służby zdrowia, rozumie się przez to publiczny zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy.

Art. 72.

Zakłady lecznicze, zaliczone na podstawie dotychczasowych przepisów do zakładów społecznej służby zdrowia, stają się publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy, jeżeli w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy utrzymujący zakład złoży oświadczenie o przyjęciu obowiązków, o których mowa w art. 33 ust. 1.

Art. 73.

Osoby, które na podstawie art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. Nr 55, poz. 434, z późn. zm.[18)]) nabyły uprawnienia do świadczeń zakładów społecznych służby zdrowia, zachowują te uprawnienia na dotychczasowych warunkach.

Art. 74.

Przepisy ustawy nie naruszają uprawnień do bezpłatnych świadczeń leczniczych i innych świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej, przysługujących na podstawie przepisów obowiązujących w dniu wejścia w życie ustawy.

Art. 75.

Podmioty, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, w terminie do dnia 31 grudnia 1992 r.:

1) dostosują statuty i regulaminy zakładów do wymagań określonych w ustawie;
2) dokonają wpisu zakładu do rejestru, o którym mowa w art. 12;
3) powołają rady nadzorcze tych zakładów.

Art. 76.

Tracą moc:

[18)] Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1950 r. Nr 36, poz. 327 i 334, z 1951 r. Nr 1, poz. 2, z 1955 r. Nr 11, poz. 67, z 1975 r. Nr 17, poz. 94, z 1989 r. Nr 29, poz. 154 i Nr 35, poz. 192 oraz z 1990 r. Nr 34, poz. 198.

1) rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. Nr 38, poz. 382, z 1934 r. Nr 110, poz. 976, z 1939 r. Nr 30, poz. 200, z 1948 r. Nr 55, poz. 434, z 1949 r. Nr 25, poz. 174 i Nr 65, poz. 530 oraz z 1988 r. Nr 41, poz. 324);
2) ustawa z dnia 28 października 1948 r. o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia (Dz. U. Nr 55, poz. 434, z 1950 r. Nr 36, poz. 327 i 334, z 1951 r. Nr 1, poz. 2, z 1955 r. Nr 11, poz. 67, z 1975 r. Nr 17, poz. 94, z 1989 r. Nr 29, poz. 154 i Nr 35, poz. 192 oraz z 1990 r. Nr 34, poz. 198).

Art. 77. (uchylony).

Art. 78.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia.