

USTAWA
z dnia 14 lipca 2006 r.

**Opracowano na pod-
stawie: Dz.U. z 2006
r. Nr 143, poz. 1032.**

**o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej
oraz niektórych innych ustaw¹⁾**

Art. 1.

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„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,

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się: ustawę z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz ustawę z dnia 14 maja 2004 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 164, poz. 1365, Nr 169, poz. 1420, Nr 239, poz. 2020 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 518.

- 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.”,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Oznaczenia „klinika” albo „klinikum” mogą być zamieszczane wyłącznie w nazwach zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 1 ust. 2, a oznaczenie „uniwersytecki” może być zamieszczane wyłącznie w nazwach zakładów opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 2.”;

2) art. 5 otrzymuje brzmienie:

„Art. 5. Zakład opieki zdrowotnej udziela świadczeń zdrowotnych ogółowi ludności lub określonej grupie ludności.”;

3) art. 7 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

4) w art. 8:

a) w ust. 1 po pkt 3a dodaje się pkt 3b w brzmieniu:

„3b) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,”

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

5) art. 8a otrzymuje brzmienie:

„Art. 8a. Do publicznego zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego przez jednostkę badawczo-rozwojową stosuje się przepisy niniejszej ustawy, z zachowaniem przepisów o jednostkach badawczo-rozwojowych.”;

6) w art. 9:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„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).”;

7) w art. 10 w ust. 2 i 4, w art. 13 w ust. 5, w art. 17, w art. 18 w ust. 3 w pkt 4, w art. 18c w ust. 6 w zdaniu wstępnym, w art. 29 w ust. 2, w art. 32e w ust. 9 w zdaniu wstępnym, w art. 34 w ust. 3, w art. 34a w ust. 3, w art. 35 w ust. 7, w art. 35a w ust. 6, w art. 40 w ust. 1 i 2, w art. 41, w art. 43f, w art. 44a w ust. 8, w art. 62, w art. 66 w ust. 1 i 4 oraz w art. 67 w ust. 5 użyte w różnym przypadku wyrazy „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „Minister właściwy do spraw zdrowia”;

8) w art. 10:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„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.”,

b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

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

c) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„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, uwzględ-

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.

niając 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.”,

d) uchyla się ust. 6;

9) w art. 12 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

10) w art. 15 po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„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.”;

11) w art. 18:

a) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„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.”,

b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a-4f w brzmieniu:

„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. Nr 137, poz. 887, z późn. zm.⁴⁾) i art.

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 1998 r. Nr 162, poz. 1118 i 1126, z 1999 r. Nr 26, poz. 228, Nr 60, poz. 636, Nr 72, poz. 802, Nr 78, poz. 875 i Nr 110, poz. 1256, z 2000 r. Nr 9, poz. 118, Nr 95, poz. 1041, Nr 104, poz. 1104 i Nr 119, poz. 1249, z 2001 r. Nr 8,

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.⁵⁾).

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

poz. 64, Nr 27, poz. 298, Nr 39, poz. 459, Nr 72, poz. 748, Nr 100, poz. 1080, Nr 110, poz. 1189, Nr 111, poz. 1194, Nr 130, poz. 1452 i Nr 154, poz. 1792, z 2002 r. Nr 25, poz. 253, Nr 41, poz. 365, Nr 74, poz. 676, Nr 155, poz. 1287, Nr 169, poz. 1387, Nr 199, poz. 1673, Nr 200, poz. 1679 i Nr 241, poz. 2074, z 2003 r. Nr 56, poz. 498, Nr 65, poz. 595, Nr 135, poz. 1268, Nr 149, poz. 1450, Nr 166, poz. 1609, Nr 170, poz. 1651, Nr 190, poz. 1864, Nr 210, poz. 2037, Nr 223, poz. 2217 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 64, poz. 593, Nr 99, poz. 1001, Nr 121, poz. 1264, Nr 146, poz. 1546, Nr 173, poz. 1808, Nr 187, poz. 1925 i Nr 210, poz. 2135, z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 132, poz. 1110, Nr 143, poz. 1199 i 1202, Nr 150, poz. 1248, Nr 163, poz. 1362, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1412, Nr 183, poz. 1538, Nr 184, poz. 1539 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711.

⁵⁾ 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 i Nr 210, 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.

zrealizowano świadczenie będące przedmiotem skierowania lub zlecenia.”,

c) dodaje się ust. 8 i 9 w brzmieniu:

„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 porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Lekarskiej Wojewódzkiej 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.”;

12) w art. 18c w ust. 4 i 5, w art. 32e w ust. 2 w pkt 1 oraz w art. 70 w ust. 2 użyte w różnym przypadku wyrazy „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „minister właściwy do spraw zdrowia”;

13) art. 18d otrzymuje brzmienie:

„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.”;

14) art. 24 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

15) art. 25a otrzymuje brzmienie:

„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 należytej zmarłemu.”;

16) w art. 27 w ust. 1 wyrazy „i poradnia” zastępuje się wyrazami „, , poradnia i ambulatorium”;

17) w art. 32e w ust. 9 w zdaniu wstępnym oraz w art. 70 w ust. 1 i 2 użyte w różnym przypadku wyrazy „Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „minister właściwy do spraw wewnętrznych”;

18) w art. 35b ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

19) w art. 35c ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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 i Nr 169, poz. 1420 oraz z 2006 r. Nr 45, poz. 319 i Nr 104, poz. 708), z zastrzeżeniem art. 50.”;

20) art. 35d otrzymuje brzmienie:

„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.”;

21) tytuł rozdziału 2 w dziale II otrzymuje brzmienie:

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

22) art. 36a otrzymuje brzmienie:

„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.

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

23) w art. 38 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

24) w art. 39 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Statut publicznego zakładu opieki zdrowotnej uchwała 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.”;

25) w art. 40 w ust. 2 wyrazy „Ministrem Pracy i Polityki Socjalnej” zastępuje się wyrazami „ministrem właściwym do spraw pracy”;

26) w art. 43e ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„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).”;

27) po art. 43g dodaje się art. 43h - 43j w brzmieniu:

„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. 23¹ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.⁶⁾).

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

⁶⁾ 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 i Nr 133, poz. 935.

ułamkowych odpowiadających wysokości zobowiązań powstałych w okresach, w których wykonywały one uprawnienia i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład.

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.”;

28) w art. 44:

a) ust. 5 i 5a otrzymują brzmienie:

„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.”,

b) dodaje się ust. 9 i 10 w brzmieniu:

„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.”;

29) w art. 44a ust. 2a i 2b otrzymują brzmienie:

„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.

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.”;

30) po art. 45 dodaje się art. 45a w brzmieniu:

„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, wchodzi:

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.”;

31) w art. 46 po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:

„6a) opiniowanie wniosku kierownika szpitala, o którym mowa w art. 65a ust. 1,”;

32) w art. 50 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

33) art. 53 otrzymuje brzmienie:

- „Art. 53. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomości i majątkiem Skarbu 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.”;

34) w art. 54:

a) w ust. 1 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

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

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

„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.”;

35) art. 55 otrzymuje brzmienie:

„Art. 55. 1. Zakład opieki zdrowotnej prowadzony w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej może otrzymywać dotacje budżetowe na:

- 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.”;

36) art. 57 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

37) art. 58 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

38) w art. 60:

a) ust. 4a i 4b otrzymują brzmienie:

„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.”,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

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

c) uchyla się ust. 5a,

d) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

39) art. 65 otrzymuje brzmienie:

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 prowadzonej 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.”;

40) po art. 65 dodaje się art. 65a i 65b w brzmieniu:

- „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.”;

41) w art. 67 ust. 3a otrzymuje brzmienie:

„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.”;

42) w art. 69:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„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.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„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.”,

c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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.⁷⁾) i ustawy z dnia 26 kwietnia 1996 r. o Służbie Więziennej (Dz.U. z 2002 r. Nr 207, poz. 1761, z późn. zm.⁸⁾) oraz wydanych na ich podstawie przepisów.”,

d) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„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.”;

43) art. 70a i 70b otrzymują brzmienie:

„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 wymagania sanitarne i techniczne.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania sanitarne i techniczne, jakie muszą spełniać specjalistyczne środki transportu sanitarnego, kierując się koniecznością zapewnienia odpowiedniej jakości wykonywania transportu sanitarnego.

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 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.

⁷⁾ 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 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.

⁸⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2001 r. Nr 110, poz. 1189, z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 90, poz. 844, Nr 142, poz. 1380, Nr 166, poz. 160 i Nr 210, poz. 2036, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703 oraz z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711.

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

44) uchyla się art. 70c;

45) w art. 70d:

a) uchyla się ust. 1,

b) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„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 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.”,

c) uchyla się ust. 4-6;

46) uchyla się art. 70e-70h.

Art. 2.

W ustawie z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz.U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851 i Nr 104, poz. 708) w art. 20a po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Organy Wojskowej Inspekcji Sanitarnej wykonują zadania przy pomocy podległych im wojskowych ośrodków medycyny prewencyjnej, będących zakładami opieki zdrowotnej.”.

Art. 3.

W ustawie z dnia 14 maja 2004 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2006 r. Nr 75, poz. 518) art. 2 otrzymuje brzmienie:

„Art. 2. W terminie do dnia 31 grudnia 2006 r. prowadzoną działalność należy dostosować do przepisów art. 1 ust. 4 i 5 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.”.

Art. 4.

Przepis art. 53 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do umów zbycia, dzierżawy, najmu, użytkowania oraz użyczenia zawartych po dniu 1 stycznia 2007 r. oraz do wniesienia majątku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub przysługującego do niego prawa w formie aportu do spółek, jego przekazania fundacji lub stowarzyszeniu dokonanego po dniu 1 stycznia 2007 r.

Art. 5.

W terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy zakłady opieki zdrowotnej dostosują swoje nazwy do wymagań określonych w art. 2 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 6.

1. Z dniem wejścia w życie ustawy Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego wstępuje w prawa i obowiązki podmiotu, który utworzył zakład w stosunku do:
 - 1) Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, ul. Czeraniakowska 231;
 - 2) Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Otwocku, ul. Konarskiego 13.
2. Kierownicy zakładów, o których mowa w ust. 1, w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, zgłoszą organowi prowadzącemu rejestr zakładów opieki zdrowotnej zmiany stanu prawnego wynikające ze zmiany podmiotu, który utworzył zakład.
3. Zakłady, o których mowa w ust. 1, oraz Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, dostosują statuty do przepisów niniejszej ustawy.
4. Rady społeczne działające w zakładach, o których mowa w ust. 1, przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, wykonują swoje zadania do czasu powołania rad społecznych w trybie, o którym mowa w art. 45a ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.
5. Osoby będące kierownikami zakładów, o których mowa w ust. 1, w dniu wejścia w życie ustawy, pełnią te funkcje po tym dniu, chyba że dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego postanowi inaczej.

Art. 7.

1. W terminie 21 dni od dnia wejścia w życie ustawy minister właściwy do spraw zdrowia powoła, w drodze zarządzenia, komisję inwentaryzacyjną w celu ustalenia składników i wartości mienia ruchomego, które zostanie przejęte przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
2. W skład komisji inwentaryzacyjnej wchodzi:
 - 1) trzech przedstawiciele ministra właściwego do spraw zdrowia;
 - 2) dwaj przedstawiciele Akademii Medycznej w Warszawie;
 - 3) dwaj przedstawiciele Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

3. Wartość mienia ruchomego, które zostanie przejęte przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ustalona przez komisję inwentaryzacyjną będzie podstawą dokonania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rekompensaty na rzecz Akademii Medycznej w Warszawie za utraconą własność.
4. Rekompensata, o której mowa w ust. 3, będzie polegać na przekazaniu Akademii Medycznej w Warszawie środków finansowych z budżetu państwa na sfinansowanie remontów i inwestycji w trybie określonym w art. 55 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 8.

Pracownicy Akademii Medycznej w Warszawie będący jednocześnie pracownikami zakładów, o których mowa w art. 6 ust. 1, z dniem wejścia w życie ustawy stają się, z mocy prawa, pracownikami Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, chyba że w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy, złożą rektorowi Akademii Medycznej oświadczenie, że nadal pozostają pracownikami tej uczelni.

Art. 9.

Akty wykonawcze wydane na podstawie art. 9 ust. 2 i art. 10 ust. 5 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do czasu wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 i art. 10 ust. 5 tej ustawy w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 10.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

1) art. 1:

- a) pkt 11, 13 i 33, które wchodzi w życie z dniem ogłoszenia,
- b) pkt 36 i 37, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.,
- c) pkt 43-46, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r.;

2) art. 3, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.