

U S T A W A

z dnia

o sieci szpitali¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. W celu realizacji zadań państwa w zakresie zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w celu optymalizacji wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej, tworzy się sieć szpitali.

Art. 2. 1. Ustawa określa:

- 1) zasady tworzenia sieci szpitali;
- 2) wymagania, jakie muszą spełniać szpitale włączone do sieci szpitali;
- 3) szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci szpitali;
- 4) zasady monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali oraz monitorowania i oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach włączonych do sieci szpitali;

5) zasady i zakres sprawowania nadzoru i kontroli nad tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali.

2. W zakresie nieuregulowanym w ustawie do postępowania w sprawach o włączenie do sieci szpitali i wyłączenie z sieci szpitali oraz zmianę poziomu referencyjnego stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.²⁾).

Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) potrzeby zdrowotne – potrzeby zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 29 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.³⁾);
- 2) świadczenie wysokospecjalistyczne – świadczenie wysokospecjalistyczne w rozumieniu art. 5 pkt 39 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) podmiot tworzący szpital – podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89);
- 4) szpital – zakład opieki zdrowotnej utworzony w celu zapewnienia całodobowej lub całodziennej opieki zdrowotnej oraz zabiegów diagnostycznych i leczniczych udzielanych osobom, u których wystąpiły choroby, które nie mogą być leczone w warunkach domowych lub ambulatoryjnych;
- 5) optymalna liczba łóżek – liczbę łóżek szpitalnych w specjalnościach lekarskich, o których mowa w art. 5 ust. 2 w poszczególnych województwach, wystarczającą do zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o

świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 4. Cele, o których mowa w art. 1, są realizowane w szczególności poprzez:

- 1) dostosowanie struktury organizacyjnej szpitali i ich możliwości diagnostycznych i terapeutycznych do sytuacji demograficznej i epidemiologicznej;
- 2) utrzymywanie optymalnej liczby łóżek i ich optymalne rozmieszczenie na obszarze województwa i w kraju;
- 3) zapewnienie możliwości praktycznego kształcenia kadr medycznych w szpitalach;
- 4) poprawę efektywności wykorzystania publicznych środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej i infrastruktury opieki zdrowotnej;
- 5) realizację zadań z zakresu obronności i bezpieczeństwa wewnętrznego państwa;
- 6) realizację zadań z zakresu ratownictwa medycznego.

Rozdział 2

Zasady tworzenia sieci szpitali

Art. 5. 1. Na potrzeby utworzenia sieci szpitali określa się optymalną liczbę łóżek.

2. Optymalną liczbę łóżek dla poszczególnych województw określa się w szczególności w następujących specjalnościach lekarskich:

- 1) anestezjologii i intensywnej terapii;
- 2) chorób wewnętrznych;
- 3) gastrologii;

- 4) hematologii;
- 5) kardiologii;
- 6) nefrologii;
- 7) dermatologii;
- 8) neurologii;
- 9) onkologii;
- 10) gruźlicy i chorób płuc;
- 11) reumatologii;
- 12) rehabilitacji;
- 13) chorób zakaźnych;
- 14) pediatrii;
- 15) ginekologii i położnictwa;
- 16) chirurgii ogólnej;
- 17) chirurgii dla dzieci;
- 18) kardiochirurgii;
- 19) neurochirurgii;
- 20) urazowo-ortopedycznej;
- 21) okulistyki;
- 22) otolaryngologii;
- 23) urologii;
- 24) psychiatrii.

3. Określając optymalną liczbę łóżek dla poszczególnych województw w specjalnościach, o których mowa w ust. 2, uwzględnia się w szczególności:

- 1) prognozowaną liczbę hospitalizacji na 10 000 mieszkańców województwa;

2) średni czas hospitalizacji rozumiany jako średnia liczba dni pobytu pacjenta w szpitalu;

3) stopień wykorzystania łóżek.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, optymalną liczbę łóżek w specjalnościach lekarskich, o których mowa w ust. 2 pkt 1-23, uwzględniając w szczególności dane dotyczące liczby hospitalizacji, długości pobytu, wykorzystania łóżek, a także prognozy epidemiologiczne i demograficzne oraz uwarunkowania społeczne.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, optymalną liczbę łóżek w specjalności lekarskiej psychiatria, uwzględniając w szczególności specyfikę organizacji tej opieki, a także biorąc pod uwagę rozwój opieki pozaszpitalnej.

Art. 6. Do sieci szpitali może być włączony szpital, którego działalność jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek, z uwzględnieniem kryteriów, o których mowa w art. 9 ust. 1.

Art. 7. 1. Włączenie szpitala do sieci szpitali następuje na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanej w terminie 2 miesięcy od dnia przekazania opinii przez Krajową Radę do Spraw Szpitali, o której mowa w art. 9 ust. 4.

2. W przypadku szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych decyzję, o której mowa w ust. 1, wydaje minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo ministrem właściwym do spraw wewnętrznych w terminie 2 miesięcy od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w art. 8 ust. 2. Przepis art. 106 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego stosuje się odpowiednio.

3. W przypadku gdy decyzja o włączeniu szpitala do sieci szpitali jest wydawana dla szpitala objętego harmonogramem, o którym mowa w art. 16 ust. 1 pkt 5, harmonogram ten stanowi załącznik do decyzji.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje decyzję o włączeniu szpitala do sieci szpitali po przedstawieniu opinii przez Regionalną Radę do Spraw Szpitali oraz opinii Krajowej Rady do Spraw Szpitali.

Art. 8. 1. Wniosek o włączenie szpitala do sieci szpitali, zwany dalej „wnioskiem”, może złożyć do ministra właściwego do spraw zdrowia kierownik szpitala za zgodą podmiotu tworzącego szpital albo podmiot tworzący szpital, za pośrednictwem Regionalnej Rady do Spraw Szpitali w terminie do końca lutego każdego roku. Wniosek podlega opiniowaniu przez działającą w zakładzie zakładową organizację związkową.

2. W przypadku szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, wniosek do ministra właściwego do spraw zdrowia składa kierownik szpitala za zgodą podmiotu tworzącego szpital lub podmiot tworzący szpital. Przepis ust. 1 zdanie drugie stosuje się. Przepisów o opiniowaniu wniosku przez Regionalną Radę do Spraw Szpitali i Krajową Radę do Spraw Szpitali nie stosuje się.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje decyzję o włączeniu do sieci szpitali szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w terminie 7 dni od dnia jej wydania, Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali.

4. Do wniosku o włączenie szpitala do sieci szpitali należy dołączyć:

- 1) zatwierdzone sprawozdania finansowe w rozumieniu przepisów o rachunkowości za okres 2 lat oraz informację o sytuacji finansowej szpitala za rok poprzedzający rok złożenia wniosku;
- 2) wykaz oddziałów szpitalnych wraz z liczbą osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach z podziałem na poszczególne grupy zawodowe z uwzględnieniem specjalizacji i stopni

naukowych, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok w którym składany jest wniosek;

- 3) informację o liczbie i rodzaju udzielanych w poszczególnych oddziałach szpitala świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych w roku poprzedzającym rok w którym składany jest wniosek;
- 4) wykaz aparatury i sprzętu medycznego na poszczególnych oddziałach, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok w którym składany jest wniosek;
- 5) informację o działalności dydaktycznej szpitala przeddyplomowej i podyplomowej w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku;
- 6) wykaz przeprowadzonych przez szpital, w okresie 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku, badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych oraz ich rezultatów a także wykaz prowadzonych badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku, uwzględniając konieczność przedstawienia obiektywnych i jednolitych danych dotyczących szpitala.

Art. 9. 1. Regionalna Rada do Spraw Szpitali na podstawie danych zawartych w dokumentach, o których mowa w art. 8, oraz innych dokumentów i informacji udostępnionych przez kierownika szpitala lub podmiot tworzący ten szpital przedstawia, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku, opinię co do zasadności włączenia szpitala do sieci szpitali, biorąc w szczególności pod uwagę:

- 1) możliwości diagnostyczne i lecznicze szpitala;
- 2) udział szpitala w realizacji zadań wynikających z wojewódzkiego planu działania systemu określonego na podstawie przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 3) rodzaj i liczbę udzielanych przez szpital świadczeń wysokospecjalistycznych, uwzględniając realizację przez szpital zadań w zakresie pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów;
- 4) realizację i możliwość realizacji przez szpital zadań z zakresu obronności i bezpieczeństwa wewnętrznego państwa;
- 5) działalność szpitala w zakresie kształcenia kadr medycznych;
- 6) prowadzenie przez szpital badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych;
- 7) stosowanie i upowszechnianie przez szpital nowych technologii medycznych i standardów medycznych opartych na dowodach naukowych.

2. Wraz z opinią, o której mowa w ust. 1, Regionalna Rada do Spraw Szpitali przedstawia propozycję zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych na podstawie oceny spełniania przez te oddziały kryteriów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 14 ust. 4.

3. Regionalna Rada do Spraw Szpitali przekazuje w terminie 7 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, do Krajowej Rady do Spraw Szpitali:

- 1) wniosek, o którym mowa w art. 8 ust. 1, wraz z opinią, o której mowa w ust. 1, i propozycją zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomu referencyjnego, o której mowa w ust. 2;

- 2) w przypadku pozytywnej opinii o włączeniu szpitala do sieci szpitali – projekt zmiany regionalnego planu opieki szpitalnej, o którym mowa w art. 16;
- 3) dokumenty i informacje stanowiące podstawę sporządzenia opinii co do zasadności włączenia szpitala do sieci szpitali;
- 4) dokumenty i informacje stanowiące podstawę zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych.

4. Krajowa Rada do Spraw Szpitali, w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 3, przekazuje te dokumenty ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz na podstawie opinii Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, przedstawia opinię w sprawie włączenia szpitala do sieci szpitali oraz w sprawie kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o włączeniu do sieci szpitali szpitala, który uzyskał negatywną opinię Regionalnej Rady do Spraw Szpitali lub negatywną opinię Krajowej Rady do Spraw Szpitali, jeżeli jego działalność jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek.

6. W przypadku ostatecznej decyzji o włączeniu do sieci szpitali szpitala minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje zmiany regionalnego planu opieki szpitalnej, o którym mowa w art. 16, bez zachowania trybu, o którym mowa w art. 20 ust. 2.

7. Zmiana regionalnego planu opieki szpitalnej nie może powodować zwiększenia środków finansowych przewidzianych w danym okresie na realizację planu, chyba że działania określone w planie będą realizowane ze środków finansowych będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia do wysokości zaplanowanej na ten cel w ustawie budżetowej.

Art. 10. Minister właściwy do spraw zdrowia albo minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, odmawia w drodze decyzji, w terminie określonym w art. 7 ust. 1 i 2, włączenia szpitala do sieci szpitali, jeżeli na podstawie przedłożonych dokumentów uzna, że działalność szpitala nie jest niezbędna do zapewnienia optymalnej liczby łóżek, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 9 ust. 1.

Art. 11. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza corocznie, w drodze obwieszczenia, wykaz szpitali włączonych do sieci szpitali, zawierający nazwę i adres szpitala oraz wykaz oddziałów szpitala i ich poziomy referencyjne.

Art. 12. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia albo minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej albo ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali:

1) z własnej inicjatywy,

2) na wniosek Regionalnej Rady do Spraw Szpitali,

3) na wniosek Krajowej Rady do Spraw Szpitali

– jeżeli stwierdzi, że działalność szpitala nie ma istotnego znaczenia do zapewnienia optymalnej liczby łóżek, z uwzględnieniem kryteriów o których mowa w art. 9 ust. 1 lub w przypadkach określonych w art. 31 ust. 9, art. 39 ust. 4 lub art. 45 ust. 4.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali także w przypadku złożenia wniosku o wyłączenie szpitala z sieci szpitali przez podmiot, który złożył wniosek, o którym mowa w art. 8 ust. 1 i 2.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje niezwłocznie ostateczną decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali do

podmiotu, który utworzył szpital, kierownika szpitala, właściwego ze względu na siedzibę szpitala wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali.

Art. 13. Wniosek o włączenie szpitala do sieci szpitali pozostawia się bez rozpatrzenia, w przypadku gdy:

- 1) wniosek został złożony po terminie;
- 2) Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych nie przedstawili stanowiska w terminie określonym w art. 106 § 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego;
- 3) właściwi ministrowie nie osiągnęli porozumienia, o którym mowa w art. 7 ust. 2.

Art. 14. 1. Oddziały szpitala włączonego do sieci szpitali kwalifikuje się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

2. Ustala się trzy poziomy referencyjne oddziałów szpitala:

- 1) podstawowy;
- 2) rozszerzony;
- 3) wysokospecjalistyczny.

3. Kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych dokonuje się na podstawie następujących kryteriów:

- 1) możliwości diagnostyczno-leczniczych oddziału szpitala, w tym kwalifikacji personelu medycznego oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny;
- 2) zakresu i rodzaju udzielanych na poszczególnych oddziałach świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;

3) działalności oddziału szpitala w zakresie kształcenia kadr medycznych oraz prowadzenia badań naukowych i prac badawczo-rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria kwalifikowania oddziałów szpitala do poszczególnych poziomów referencyjnych, uwzględniając w szczególności minimalne kwalifikacje personelu medycznego i minimalną liczbę wybranych świadczeń opieki zdrowotnej tego samego rodzaju, które powinny być udzielane w ciągu roku na poszczególnych poziomach referencyjnych w celu zapewnienia bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń oraz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 15. 1. Kwalifikacji oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych dokonuje się w decyzji o włączeniu szpitala do sieci szpitali.

2. Zmiany poziomu referencyjnego dokonuje się w formie decyzji wydawanej na wniosek kierownika szpitala albo podmiotu tworzącego szpital.

3. Wniosek o zmianę poziomu referencyjnego składa się do ministra właściwego do spraw zdrowia za pośrednictwem Regionalnej Rady do Spraw Szpitali i Krajowej Rady do Spraw Szpitali. Do wniosku należy dołączyć dokumenty i informacje stanowiące podstawę do zmiany poziomu referencyjnego.

4. W przypadku szpitala, dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, wniosek o zmianę poziomu referencyjnego do ministra właściwego do spraw zdrowia składa kierownik szpitala lub podmiot tworzący szpital. Przepisów o opiniowaniu wniosku o zmianę poziomu referencyjnego przez Regionalną Radę do Spraw Szpitali i Krajową Radę do Spraw Szpitali nie stosuje się.

5. Regionalna Rada do Spraw Szpitali w terminie miesiąca od otrzymania wniosku o zmianę poziomu referencyjnego sporządza, na podstawie

wniosku i dołączonych do niego dokumentów, opinię co do zasadności zmiany poziomu referencyjnego.

6. Regionalna Rada do Spraw Szpitali przekazuje w terminie 7 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, do Krajowej Rady do Spraw Szpitali:

- 1) wniosek o zmianę poziomu referencyjnego;
- 2) dokumenty i informację, o których mowa w ust. 3;
- 3) opinię, o której mowa w ust. 4.

7. Krajowa Rada do Spraw Szpitali, w terminie 3 miesięcy od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 5, przekazuje te dokumenty ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz na podstawie opinii Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, przedstawia opinię w sprawie zmiany poziomu referencyjnego.

Rozdział 3

Regionalne plany opieki szpitalnej

Art. 16. 1. Regionalny plan opieki szpitalnej, zwany dalej „planem”, zawiera:

- 1) charakterystykę województwa;
 - 2) charakterystykę szpitali w województwie;
 - 3) charakterystykę szpitali objętych planem;
 - 4) planowaną liczbę łóżek w szpitalach objętych planem;
 - 5) harmonogram działań dostosowawczych szpitali oraz wytyczne w zakresie przekształceń organizacyjnych szpitali objętych harmonogramem;
 - 6) szacunkowe koszty działań dostosowawczych.
2. Plan sporządza się dla danego województwa.

3. Plan powinien uwzględniać kierunki rozwoju opieki szpitalnej, wynikające ze zmian demograficznych i epidemiologicznych populacji, mając na celu zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienie należytej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej o wysokiej jakości.

Art. 17. 1. Projekt planu sporządza Regionalna Rada do Spraw Szpitali na okres 5-ciu lat.

2. Projekt planu na kolejne lata sporządza się w terminie do dnia 31 grudnia roku poprzedzającego ostatni rok obowiązywania poprzedniego planu.

3. Projekt planu uwzględnia włączone do sieci szpitali szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych.

4. Organy jednostek samorządu terytorialnego, organy administracji rządowej, szpitale oraz właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązane, z uwzględnieniem odrębnych przepisów, do bezpłatnego udzielania, sporządzania i dostarczania na pisemne żądanie Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, znajdujących się w ich posiadaniu, informacji niezbędnych do przygotowania projektu planu lub jego zmiany.

Art. 18. 1. Projekt planu podlega opiniowaniu przez podmioty tworzące szpitale objęte projektem planu oraz Wojewódzką Komisję Dialogu Społecznego w zakresie zmian w strukturze zatrudnienia.

2. Regionalna Rada do Spraw Szpitali przekazuje podmiotom, o których mowa w ust. 1, projekt planu w terminie 7 dni od dnia jego sporządzenia.

3. Podmioty, o których mowa w ust. 1, wyrażają opinię w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu planu. Niewydanie opinii w tym terminie jest równoznaczne z pozytywnym zaopiniowaniem projektu planu.

4. Regionalna Rada do Spraw Szpitali przekazuje projekt planu, w terminie 4 miesięcy od dnia jego sporządzenia do zaopiniowania Krajowej Radzie do Spraw Szpitali.

5. Krajowa Rada do Spraw Szpitali wyraża opinię w sprawie projektu planu, po otrzymaniu wszystkich projektów planów co najmniej na 4 miesiące przed końcem ostatniego roku obowiązywania planu, uwzględniając w szczególności:

- 1) strukturę i liczbę łóżek w poszczególnych szpitalach z uwzględnieniem struktury i liczby łóżek w województwie;
- 2) możliwości szpitala w zakresie przeprowadzenia przekształceń organizacyjnych zgodnie z harmonogramem określonym w planie, jeżeli szpital nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 6;
- 3) zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej osób uprawnionych;
- 4) zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej oraz optymalizację wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej.

6. W przypadku negatywnej opinii w sprawie projektu planu, Krajowa Rada do Spraw Szpitali zwraca projekt planu Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali wraz ze swoimi zaleceniami.

7. Zalecenia Krajowej Rady do Spraw Szpitali nie mogą powodować zwiększenia środków finansowych przewidzianych w danym okresie na realizację planu, chyba że będą realizowane ze środków finansowych będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia do wysokości zaplanowanej na ten cel w ustawie budżetowej.

8. Zalecenia Krajowej Rady do Spraw Szpitali są wiążące. Regionalna Rada do Spraw Szpitali jest obowiązana niezwłocznie dostosować

projekt planu do przekazanych zaleceń oraz przekazać go do Krajowej Rady do Spraw Szpitali w celu ponownego zaopiniowania.

9. Krajowa Rada do Spraw Szpitali przekazuje projekt planu wraz z opinią do ministra właściwego do spraw zdrowia.

10. Przekazany przez Krajową Radę do Spraw Szpitali projekt planu jest zamieszczany w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego wojewody.

11. W terminie 14 dni od dnia zamieszczenia projektu planu w Biuletynie Informacji Publicznej, kierownik zgłaszanego szpitala, podmiot tworzący szpital, związki zawodowe działające w szpitalu mogą zgłosić umotywowane zastrzeżenia w części dotyczącej danego szpitala.

12. Po upływie terminu, o którym mowa w ust. 11, minister właściwy do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 grudnia ostatniego roku obowiązywania poprzedniego planu dokonuje ewentualnej korekty projektu planu, biorąc pod uwagę kryteria, o których mowa w ust. 5 i zatwierdza go. Z dniem zatwierdzenia projekt planu staje się planem.

Art. 19. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej oraz ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres danych objętych planem, uwzględniając potrzebę zapewnienia przejrzystości i jednolitości planów.

Art. 20. 1. Zmiany w planie mogą być dokonywane:

- 1) z inicjatywy ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) na wniosek:
 - a) Regionalnej Rady do Spraw Szpitali,
 - b) Krajowej Rady do Spraw Szpitali,
 - c) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,

- d) Ministra Obrony Narodowej – w zakresie szpitali, dla których jest podmiotem tworzącym,
- e) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – w zakresie szpitali, dla których jest podmiotem tworzącym.

2. Zmiany w planie są dokonywane w trybie określonym dla ustalenia planu.

Art. 21. Plan i zmiany w planie są podawane do publicznej wiadomości, w szczególności przez ich zamieszczanie w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego wojewody.

Rozdział 4

Krajowa Rada do Spraw Szpitali i Regionalne Rady do Spraw Szpitali

Art. 22. 1. Tworzy się Krajową Radę do Spraw Szpitali będącą organem inicjującym oraz opiniodawczo-doradczym ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawach związanych z tworzeniem i funkcjonowaniem sieci szpitali.

2. W skład Krajowej Rady do Spraw Szpitali wchodzi przedstawiciele wskazani przez:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia – trzy osoby;
- 2) Ministra Obrony Narodowej – jedna osoba;
- 3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych – jedna osoba;
- 4) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej – jedna osoba;
- 5) Związek Powiatów Polskich – jedna osoba;
- 6) Związek Miast Polskich – jedna osoba;

- 7) stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego – jedna osoba;
- 8) Konferencję Rektorów Uczelni Medycznych – jedna osoba;
- 9) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – jedna osoba.

3. W skład Krajowej Rady do Spraw Szpitali wchodzi osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) nie były prawomocnie skazane przez sąd za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 2) posiadają wykształcenie wyższe;
- 3) posiadają wiedzę i co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady.

4. Członkowie Krajowej Rady do Spraw Szpitali nie mogą być jednocześnie:

- 1) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami;
- 2) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 3) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 1 i 2;
- 4) osobami na stanowiskach kierowniczych w zakładzie opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej;
- 5) członkami rad społecznych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

5. Przewodniczącym Krajowej Rady do Spraw Szpitali jest osoba powołana przez ministra właściwego do spraw zdrowia spośród jego przedstawicieli.

6. Kadencja Krajowej Rady do Spraw Szpitali trwa 5 lat.

7. Członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje członka w trakcie trwania kadencji Krajowej Rady do Spraw Szpitali w przypadku:

- 1) złożenia rezygnacji;
- 2) nieobecności na 2 kolejnych posiedzeniach Rady, która nie została usprawiedliwiona zgodnie z przepisami prawa pracy;
- 3) złożenia wniosku o jego odwołanie przez podmiot, którego osoba ta jest przedstawicielem;
- 4) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo popełnione umyślnie.

9. Minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać członka Krajowej Rady do Spraw Szpitali w przypadku utraty przez niego zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy.

10. W przypadku odwołania członka Krajowej Rady do Spraw Szpitali albo jego śmierci przed upływem kadencji minister właściwy do spraw zdrowia powołuje, na wniosek właściwego podmiotu, nowego członka na okres do końca tej kadencji.

11. Pierwsze posiedzenie Krajowej Rady do Spraw Szpitali zwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

12. W posiedzeniach Krajowej Rady do Spraw Szpitali, na zaproszenie Przewodniczącego Rady, mogą uczestniczyć, w celu zaprezentowania swojego stanowiska, bez prawa do głosowania, eksperci, których wiedza i doświadczenie będą pomocne w trakcie obrad Rady, w tym w zakresie

spraw dotyczących poszczególnych dziedzin medycyny konsultanci krajowi lub wojewódzcy z tych dziedzin, oraz w zakresie spraw dotyczących danego województwa przedstawiciel właściwego wojewody i dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 23. 1. Członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w posiedzeniu Rady bez zachowania prawa do wynagrodzenia za czas zwolnienia.

2. Członkowi Krajowej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach, w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

3. Obsługę administracyjno-techniczną Krajowej Rady do Spraw Szpitali zapewnia urząd obsługujący ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Wynagrodzenia członków Krajowej Rady do Spraw Szpitali, wynagrodzenia z tytułu ekspertyz oraz obsługa, o której mowa w ust. 3, są finansowane ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, regulamin Krajowej Rady do Spraw Szpitali obejmujący strukturę organizacyjną, formy działania i sposób zwoływania posiedzeń Krajowej Rady do Spraw Szpitali, tryb jej pracy i podejmowania uchwał, mając na uwadze zakres i rodzaj czynności wykonywanych przez Radę oraz jej sprawne i efektywne funkcjonowanie.

Art. 24. Krajowa Rada do Spraw Szpitali wykonuje zadania określone w ustawie, w tym w szczególności:

- 1) wyraża opinię w zakresie włączania szpitala do sieci szpitali albo wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 2) wyraża opinię w zakresie kwalifikacji oddziałów szpitala włączanego do sieci szpitali do poziomów referencyjnych;
- 3) wnioskuje w przedmiocie wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 4) opiniuje projekty planów oraz projekty zmian planów, przedstawionych przez Regionalne Rady do Spraw Szpitali z uwzględnieniem zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych;
- 5) wnioskuje o zmianę planów.

Art. 25. 1. Przy wojewodzie działa Regionalna Rada do Spraw Szpitali realizująca zadania w zakresie spraw dotyczących tworzenia i funkcjonowania sieci szpitali na obszarze danego województwa.

2. W skład Regionalnej Rady do Spraw Szpitali wchodzi przedstawiciele wskazani przez:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia – jedna osoba;
- 2) Ministra Obrony Narodowej, jeżeli w województwie działa szpital utworzony przez ten podmiot – jedna osoba;
- 3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych, jeżeli w województwie działa szpital utworzony przez ten podmiot – jedna osoba;
- 4) Marszałka Województwa – jedna osoba;
- 5) Związek Powiatów Polskich – jedna osoba;
- 6) Związek Miast Polskich – jedna osoba;
- 7) rektora uczelni medycznej, jeżeli w województwie działa szpital utworzony przez ten podmiot – jedna osoba;
- 8) właściwego wojewodę – dwie osoby;

- 9) dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – jedna osoba.

3. W skład Regionalnej Rady do Spraw Szpitali wchodzi osoby, które spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) nie były prawomocnie skazane przez sąd za przestępstwo popełnione umyślnie;
- 2) posiadają wykształcenie wyższe;
- 3) posiadają wiedzę i co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady.

4. Członkowie Regionalnej Rady do Spraw Szpitali nie mogą być jednocześnie:

- 1) właścicielami zakładów opieki zdrowotnej będących świadczeniodawcami;
- 2) właścicielami apteki, hurtowni farmaceutycznej lub podmiotu wytwarzającego produkty lecznicze i wyroby medyczne;
- 3) posiadaczami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 1 i 2;
- 4) osobami na stanowiskach kierowniczych w zakładzie opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej;
- 5) członkami rad społecznych w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

5. Przewodniczącym Regionalnej Rady do Spraw Szpitali jest osoba powołana przez wojewodę spośród jego przedstawicieli.

6. Kadencja Regionalnej Rady do Spraw Szpitali trwa 5 lat.

7. Członków Regionalnej Rady do Spraw Szpitali powołuje i odwołuje wojewoda.

8. Wojewoda odwołuje w trakcie kadencji członka Regionalnej Rady do Spraw Szpitali w przypadku:

- 1) złożenia rezygnacji;
- 2) nieobecności na 2 kolejnych posiedzeniach Rady, która nie została usprawiedliwiona zgodnie z przepisami prawa pracy;
- 3) złożenia wniosku o jego odwołanie przez podmiot, którego osoba ta jest przedstawicielem;
- 4) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo popełnione umyślnie.

9. Wojewoda może odwołać członka Regionalnej Rady do Spraw Szpitali w przypadku utraty przez niego zdolności do pełnienia powierzonych obowiązków na skutek choroby, trwającej co najmniej sześć miesięcy.

10. W przypadku odwołania członka Regionalnej Rady do Spraw Szpitali albo jego śmierci przed upływem kadencji wojewoda powołuje, na wniosek właściwego podmiotu, nowego członka na okres do końca tej kadencji.

11. Pierwsze posiedzenie Regionalnej Rady do Spraw Szpitali zwołuje wojewoda.

12. W posiedzeniach Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, na zaproszenie Przewodniczącego Rady, mogą uczestniczyć, w celu zaprezentowania swojego stanowiska, bez prawa do głosowania, eksperci, których wiedza i doświadczenie będą pomocne w trakcie obrad Rady, w tym w zakresie spraw dotyczących poszczególnych dziedzin medycyny konsultanci krajowi lub wojewódzcy z tych dziedzin, oraz w zakresie spraw dotyczących danego województwa przedstawiciel właściwego wojewody i dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 26. 1. Członkowi Regionalnej Rady do Spraw Szpitali przysługuje zwolnienie z wykonywania obowiązków w ramach stosunku pracy na czas uczestniczenia w posiedzeniu Rady bez zachowania prawa do wynagrodzenia za czas zwolnienia.

2. Członkowi Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, w miesiącach, w których odbyły się posiedzenia, za udział w posiedzeniach przysługuje wynagrodzenie w wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w poprzednim roku ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

3. Obsługę administracyjno-techniczną Regionalnej Rady do Spraw Szpitali zapewnia właściwy urząd wojewody.

4. Wynagrodzenia członków Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, wynagrodzenia z tytułu ekspertyz oraz obsługa, o której mowa w ust. 3, są finansowane ze środków budżetu państwa będących w dyspozycji wojewody.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, regulamin Regionalnej Rady do Spraw Szpitali obejmujący strukturę organizacyjną, formy działania i sposób zwoływania posiedzeń Regionalnej Rady do Spraw Szpitali, tryb jej pracy i podejmowania uchwał, mając na uwadze zakres i rodzaj czynności wykonywanych przez Radę oraz jej sprawne i efektywne funkcjonowanie.

Art. 27. 1. Regionalna Rada do Spraw Szpitali wykonuje zadania określone w ustawie, w tym w szczególności:

- 1) wyraża opinię w zakresie włączenia szpitala do sieci szpitali albo wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 2) przedkłada propozycję w zakresie zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych;
- 3) sporządza projekt planu i projekt zmiany planu;

4) wnioskuje w przedmiocie wyłączenia szpitala z sieci szpitali;

5) prowadzi w sposób ciągły ocenę szpitali w zakresie realizacji planu.

2. Regionalna Rada do Spraw Szpitali sporządza półroczne i roczne raporty z realizacji planu oraz z realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 4 i 5, w terminie odpowiednio do dnia 30 września oraz do dnia 31 marca roku następnego i przedkłada je wojewodzie oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia za pośrednictwem Krajowej Rady do Spraw Szpitali.

Rozdział 5

Szczególne warunki funkcjonowania oraz zasady finansowania szpitali włączonych do sieci szpitali

Art. 28. 1. Szpital włączony do sieci szpitali ma obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym pozostawania w stałej gotowości do podjęcia koniecznych działań w przypadku nagłych zdarzeń destabilizujących funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w szczególności w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558, z późn. zm.⁴⁾), epidemii lub zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców.

2. Na realizację zadań, o których mowa w ust. 1, szpital włączony do sieci szpitali uzyskuje środki finansowe na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i odrębnych przepisach.

Art. 29. Szpital włączony do sieci szpitali objęty harmonogramem, o którym mowa w art. 16 ust. 1 pkt 5, ma obowiązek realizować plan w zakresie dotyczącym szpitala zgodnie z harmonogramem określonym w planie.

Art. 30. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, podmioty tworzące szpitale włączone do sieci szpitali oraz inne organy mogą, z uwzględnieniem odrębnych przepisów, finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje, które są niezbędne do realizacji zadań szpitala, wynikających z planu.

2. Środki na realizację zadań, o których mowa w ust. 1, szpital włączony do sieci szpitali uzyskuje na zasadach określonych w odrębnych przepisach oraz może uzyskiwać na podstawie wieloletnich programów ustanawianych na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

Rozdział 6

Monitorowanie i ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali włączonych do sieci szpitali

Art. 31. 1. Działalność szpitala włączonego do sieci szpitali podlega monitorowaniu i ocenie w zakresie sytuacji ekonomiczno-finansowej.

2. Monitorowaniu podlegają dane finansowe sporządzane przez szpital w formach i w terminach przewidzianych w przepisach ustawy, ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz odrębnych przepisach.

3. Monitorowanie i ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali prowadzi wojewoda, a w stosunku do szpitali, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych monitorowanie i ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej prowadzi Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych.

4. Oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej dokonuje się w szczególności przy zastosowaniu analizy wskaźnikowej, opartej na wykorzystaniu następujących wskaźników:

- 1) zyskowności – służących do oceny efektywności działania szpitala;
- 2) płynności – mierzących zdolność szpitala do wywiązywania się z krótkoterminowych zobowiązań;
- 3) efektywności – informujących w jakich cyklach szpital spłaca zobowiązania, odnawia zapasy oraz otrzymuje należności z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) zadłużenia – informujących o zadłużeniu szpitala, jego strukturze oraz o zdolności szpitala do obsługi tego zadłużenia.

5. Na podstawie przeprowadzonego monitorowania wojewoda albo Minister Obrony Narodowej, albo minister właściwy do spraw wewnętrznych sporządza, w terminie do dnia 30 czerwca każdego roku, raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala, który zawiera w szczególności:

- 1) nazwę i siedzibę szpitala;
- 2) ocenę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy;
- 3) prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejny rok obrotowy;
- 4) określenie kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej, do której zakwalifikowano szpital.

6. Raport, o którym mowa w ust. 5, wojewoda albo Minister Obrony Narodowej, albo minister właściwy do spraw wewnętrznych niezwłocznie przekazuje:

- 1) kierownikowi szpitala;
- 2) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;

- 3) Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali;
- 4) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. W wyniku oceny, o której mowa w ust. 5 pkt 2, szpital może uzyskać maksymalnie 100 punktów. Na podstawie oceny szpital zalicza się do następujących kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej:

- 1) kategoria „A” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 81 punktów i dodatni wynik z działalności operacyjnej jednostki;
- 2) kategoria „B” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 61 punktów a nie więcej niż 80 punktów i dodatni wynik z działalności operacyjnej jednostki;
- 3) kategoria „C” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał:
 - a) co najmniej 61 punktów i uzyskał ujemny wynik z działalności operacyjnej jednostki,
 - b) co najmniej 41 punktów a nie więcej niż 60 punktów;
- 4) kategoria „D” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 21 punktów a nie więcej niż 40 punktów;
- 5) kategoria „E” – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 15 punktów a nie więcej niż 20 punktów.

8. Przynależność do kategorii ekonomiczno-finansowej jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec szpitala włączonego do sieci szpitali w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

9. Jeżeli w wyniku oceny, szpital uzyskał mniej niż 15 punktów minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali z końcem roku kalendarzowego, w którym dokonano oceny.

10. Z dniem w którym decyzja, o której mowa w ust. 9, stała się ostateczna Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestaje przekazywania szpitalowi

środków należnych z tytułu przynależności do kategorii ekonomiczno-finansowej.

11. Na wniosek szpitala, o którym mowa w ust. 9, przed wydaniem decyzji o wyłączeniu z sieci szpitali może on być poddany ponownej ocenie, o której mowa w ust. 4. Jeżeli w wyniku ponownej oceny szpital zostanie zakwalifikowany do jednej z kategorii stabilności ekonomiczno-finansowej, o których mowa w ust. 7, minister właściwy do spraw zdrowia nie wydaje decyzji o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali.

Art. 32. 1. Kierownik szpitala lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani zapewnić warunki do sprawnego prowadzenia monitorowania oraz udostępniać dokumenty i udzielać wszelkich informacji niezbędnych do dokonywania systematycznej oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala i jej monitorowania.

2. Jeżeli przeprowadzenie oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala wymaga dodatkowych danych i informacji, wojewoda albo Minister Obrony Narodowej, albo minister właściwy do spraw wewnętrznych może zwrócić się o ich udostępnienie, w szczególności do:

- 1) właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia – w zakresie opinii o przebiegu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) instytucji finansowych, finansujących działalność szpitala w formie kredytu lub w innej postaci, które udzieliły szpitalowi poręczeń lub gwarancji są organizatorami emisji papierów wartościowych szpitala – w zakresie opinii o wywiązywaniu się szpitala z obowiązków wynikających z umów zawartych z tymi instytucjami;

- 3) wierzycieli wierzytelności publicznoprawnych i cywilnoprawnych – w zakresie opinii o regulowaniu przez szpital swoich zobowiązań;
- 4) instytucji odpowiedzialnych za realizację programów pomocowych, profilaktycznych, zdrowotnych i innych, w których bierze udział szpital – w zakresie opinii o wywiązywaniu się szpitala z obowiązków wynikających z umów zawartych z tymi instytucjami.

3. Udostępnianie informacji, o których mowa w ust. 2, nie narusza przepisów o ochronie informacji niejawnych oraz o ochronie innych tajemnic ustawowo chronionych.

Art. 33. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowy sposób monitorowania i oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali, oraz dokumentowania wyników tych działań,
 - 2) szczegółowy podział wskaźników, o których mowa w art. 31 ust. 4, i sposoby ich interpretacji
- uwzględniając specyfikę sektora ochrony zdrowia, a także biorąc pod uwagę zapewnienie przejrzystości i jednolitości monitorowania sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz porównywalności wskaźników.

Art. 34. Uzyskane w wyniku oceny, o której mowa w art. 31 ust. 5 pkt 2, kategorie stabilności ekonomiczno-finansowej szpitali są podawane do publicznej wiadomości przez ich zamieszczanie w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego wojewody albo Ministra Obrony Narodowej, albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Rozdział 7

Monitorowanie i ocena jakości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitale włączone do sieci szpitali

Art. 35. 1. Szpital włączony do sieci szpitali jest obowiązany do prowadzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością.

2. System jest wdrażany według modelu określonego przez kierownika szpitala, z uwzględnieniem możliwości organizacyjnych i finansowych zakładu.

3. Zadaniem systemu jest prowadzenie stałej, krytycznej analizy oceny jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i zapewnienie takich warunków opieki, aby przy określonych możliwościach organizacyjnych i finansowych w szpitalu osiągnęte były maksymalnie korzystne efekty dla pacjenta.

Art. 36. Szpital włączony do sieci szpitali jest objęty zewnętrznym systemem monitorowania i oceny wskaźników jakościowych dotyczących:

- 1) struktury szpitala, w tym:
 - a) organizacji,
 - b) kwalifikacji i kompetencji personelu,
 - c) opisu stanu technicznego budynków, pomieszczeń i wyposażenia,
 - d) wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny;
- 2) oceny leczenia w szczególności w zakresie:
 - a) dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - b) zakresu wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej,
 - c) relacji między personelem a pacjentem w zakresie stosowanych procedur diagnostycznych i leczniczych,
 - d) analizy ryzyka występowania powikłań w zakresie stosowanych procedur,

- e) występowania i analizy zakażeń szpitalnych,
 - f) prowadzenia dokumentacji medycznej;
- 3) rezultatów hospitalizacji w szczególności w zakresie:
- a) śmiertelności,
 - b) ponownych hospitalizacji,
 - c) reoperacji
- z uwzględnieniem specyfiki działalności prowadzonej przez szpital;
- 4) badania opinii pacjentów.

Art. 37. Monitorowanie, o którym mowa w art. 36, prowadzi na terenie danego województwa dyrektor właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 38. 1. W celu przeprowadzenia monitorowania jakości szpital w terminie do końca marca każdego roku przesyła do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wypełnioną ankietę dla szpitali włączonych do sieci szpitali, zwaną dalej „ankietą”.

2. Ankieta obejmuje w szczególności pytania dotyczące wskaźników jakościowych, o których mowa w art. 36.

Art. 39. 1. Na podstawie informacji zawartych w ankiecie, o której mowa w art. 38, w terminie do dnia 30 czerwca dokonuje się oceny szpitala, która stanowi podstawę do przypisania szpitala do jednej z następujących kategorii jakościowych:

- 1) I kategoria jakościowa – jeżeli szpital w wyniku oceny, spośród 270 maksymalnych punktów uzyskał co najmniej 216 punktów;

- 2) II kategoria jakościowa – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 162 punkty nie więcej niż 215 punktów;
- 3) III kategoria jakościowa – jeżeli szpital w wyniku oceny uzyskał co najmniej 100 punktów a nie więcej niż 161 punktów.

2. Przynależność do kategorii jakościowej jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec szpitala włączonego do sieci szpitali w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

3. Dyrektor wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia przekazuje informację o wynikach oceny, o której mowa w ust. 1, kierownikowi szpitala, podmiotowi tworzącemu szpital, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali.

4. Jeżeli w wyniku oceny, szpital uzyskał mniej niż 100 punktów minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali z końcem roku kalendarzowego w którym dokonano oceny.

5. Z dniem w którym decyzja, o której mowa w ust. 4, stała się ostateczna Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestaje przekazywania szpitalowi środków należnych z tytułu przynależności do kategorii jakościowej.

6. Na wniosek szpitala, o którym mowa w ust. 3, przed wydaniem decyzji o wyłączeniu z sieci może on być poddany ponownej ocenie. Jeżeli w wyniku oceny szpital zostanie zakwalifikowany do jednej z kategorii jakościowych minister właściwy do spraw zdrowia nie wydaje decyzji o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór ankiety oraz wzór arkusza oceny szpitala, mając na uwadze zapewnienie ciągłości procesu poprawiania jakości świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale będące w sieci szpitali.

Art. 40. 1. W celu weryfikacji danych zawartych w ankietach, o których mowa w art. 38, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia każdego roku przeprowadza w nie mniej niż 30% szpitali kontrolę w trybie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Wniosek o przeprowadzenie kontroli w danym szpitalu może zgłosić minister właściwy do spraw zdrowia, Krajowa Rada do Spraw Szpitali oraz Regionalna Rada do Spraw Szpitali, Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w zakresie szpitali, dla których są podmiotem tworzącym. Wniosek ten jest wiążący.

3. Na podstawie kontroli, o której mowa w ust. 1, dokonywana jest weryfikacja oceny szpitala dokonana na podstawie ankiety, o której mowa w art. 38 ust. 1. Jeżeli w wyniku weryfikacji oceny zmieni się punktacja, szpital zostaje przypisany do wynikającej z tej punktacji kategorii jakościowej.

4. Jeżeli w wyniku weryfikacji szpital uzyska mniej niż 100 punktów stosuje się przepisy art. 39 ust. 4 i 5.

5. Zmiana kategorii jakościowej dokonana w wyniku kontroli jest uwzględniana w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec szpitala włączonego do sieci szpitali w roku następującym po roku, w którym dokonano oceny.

Art. 41. Uzyskane w wyniku oceny, o której mowa w art. 39, kategorie jakościowe są podawane do publicznej wiadomości, w szczególności przez ich zamieszczanie w Biuletynie Informacji Publicznej właściwego wojewody.

Rozdział 8

Nadzór nad funkcjonowaniem sieci szpitali oraz kontrola szpitali

Art. 42. 1. Nadzór nad funkcjonowaniem sieci szpitali sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należy w szczególności:

- 1) przeprowadzanie analizy i oceny potrzeb zdrowotnych na terenie kraju oraz czynników powodujących ich zmiany;
- 2) zatwierdzenie projektu planu i zmian w planie;
- 3) wydawanie decyzji w sprawie włączenia szpitala do sieci szpitali i decyzji w sprawie wyłączenia szpitala z sieci szpitali;
- 4) monitorowanie działań w zakresie stopnia dostosowania sieci szpitali poszczególnych województw do wymagań określonych w planie;
- 5) wykonywanie innych zadań określonych w ustawie.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w ramach sprawowanego nadzoru jest uprawniony do żądania od wojewody, organów jednostek samorządu terytorialnego, szpitali oraz organów Narodowego Funduszu Zdrowia nieodpłatnego udzielenia, znajdujących się w ich posiadaniu informacji dotyczących funkcjonowania szpitala wnioskującego o włączenie do sieci szpitali lub będącego w sieci szpitali.

Art. 43. Minister właściwy do spraw zdrowia może w każdym czasie przeprowadzać kontrolę szpitala:

- 1) wnioskującego o włączenie do sieci szpitali;
- 2) będącego w sieci szpitali w zakresie spełniania wymagań stanowiących podstawę włączenia go do sieci szpitali;
- 3) będącego w sieci szpitali w zakresie realizacji planu zgodnie z harmonogramem określonym dla szpitala.

Art. 44. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia w wyniku przeprowadzonej kontroli wskazuje, w formie pisemnej, zalecenia mające na celu

usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości, które przekazuje kierownikowi szpitala, podmiotowi tworzącemu szpital, Krajowej Radzie do Spraw Szpitali, Regionalnej Radzie do Spraw Szpitali, wojewodzie oraz Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Kierownik kontrolowanego szpitala lub osoba przez niego upoważniona są obowiązani do poinformowania, we wskazanych terminach, podmiot tworzący, ministra właściwego do spraw zdrowia o sposobie wykorzystania uwag i wykonania zaleceń oraz o podjętych działaniach i ich przebiegu lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Art. 45. 1. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń, o których mowa w art. 44 ust. 1, przez szpital wnioskujący o włączenie do sieci szpitali, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o odmowie włączenia szpitala do sieci szpitali.

2. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń, o których mowa w art. 44 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia występuje do Regionalnej Rady do Spraw Szpitali o wydanie opinii w zakresie celowości jego dalszego funkcjonowania w sieci szpitali.

3. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania zaleceń, o których mowa w art. 44 ust. 1, przez szpital dla którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, minister właściwy do spraw zdrowia występuje do tych ministrów o wydanie opinii w zakresie celowości jego dalszego funkcjonowania w sieci szpitali.

4. W razie negatywnej opinii Regionalnej Rady do Spraw Szpitali albo Ministra Obrony Narodowej albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję o wyłączeniu szpitala z sieci szpitali.

Art. 46. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozdziale do kontroli stosuje się przepisy o zakładach opieki zdrowotnej.

Art. 47. Uprawnienia nadzorcze i kontrolne, o których mowa w art. 42-45, przysługują również Ministrowi Obrony Narodowej oraz ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych wobec szpitali, dla których są oni podmiotami tworzącymi.

Rozdział 9

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 48. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) po art. 35a dodaje się art. 35aa w brzmieniu:

„Art. 35aa. 1. Jeżeli w związku z realizacją regionalnego planu opieki szpitalnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o sieci szpitali (Dz. U. Nr ..., poz. ...) przez szpital będący publicznym zakładem opieki zdrowotnej niespełniający wymagań, o których mowa w art. 6 tej ustawy, istnieje konieczność:

- 1) podnoszenia kwalifikacji przez pracowników,
- 2) zmniejszenia liczby zatrudnionych pracowników
– koszty kursów, szkoleń i odpraw pokrywa szpital.
2. W przypadku zaistnienia okoliczności, o której mowa w ust. 1 pkt 2, liczbę pracowników ustalają, w drodze porozumienia, kierownik szpitala i zakładowa organizacja związkowa.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kierownik szpitala może wystąpić do ministra

właściwego do spraw zdrowia z wnioskiem o zrefundowanie całości albo części kosztów kursów lub szkoleń specjalistycznych lub kwalifikacyjnych dla tych osób, a także kosztów odpraw.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, zawiera w szczególności:
 - 1) liczbę pracowników ustaloną w sposób określony w ust. 2,
 - 2) w przypadku refundacji kursów lub szkoleń:
 - a) nazwę kursu lub szkolenia,
 - b) koszty kursów lub szkoleń,
 - c) okres trwania kursów lub szkoleń;
 - 3) w przypadku refundacji odpraw – koszty tych odpraw.
5. Wniosek składa się w terminie od dnia 1 maja do dnia 31 maja danego roku.
6. Wydatki na refundację są przekazywane szpitalowi w formie dotacji z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
7. Kierownik szpitala zawiera z pracownikiem szpitala, o którym mowa w ust. 1, umowę o refundację całości albo części kosztów kursów lub szkoleń.
8. Umowa, o której mowa w ust. 7, określa w szczególności:
 - 1) rodzaj kursu lub szkolenia;
 - 2) wysokość kosztów kursu lub szkolenia;

- 3) okres trwania kursu lub szkolenia;
 - 4) prawa i obowiązki stron umowy;
 - 5) tryb i przesłanki zmiany i wypowiedzenia umowy;
 - 6) sposób dokumentowania poniesienia kosztów kursu lub szkolenia;
 - 7) sposób kontroli prawidłowej realizacji umowy.
9. Przepisy ust. 1-8 stosuje się również do pracowników szpitala, w stosunku do którego wydano decyzję o odmowie włączenia do sieci szpitali, w wyniku czego ograniczono rodzaje i zakres udzielanych świadczeń lub podmiot, który utworzył szpital, podjął decyzję o jego likwidacji.
10. Realizację zadań związanych z refundacją kosztów kursów, szkoleń i odpraw minister właściwy do spraw zdrowia może zlecić wojewodzie.

Art. 49. W ustawie z dnia 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów (Dz. U. z 2001 r. Nr 128, poz. 1406 oraz z 2002 r. Nr 144, poz. 1209) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 2 otrzymuje brzmienie:

„Art. 2. Dopłaty stosuje się do oprocentowania kredytów udzielanych przez banki, o których mowa w art. 3 ust. 2, lekarzom, lekarzom denty stom, pielęgniarkom, położnym, zwanym dalej

„kredytobiorcami”, którzy nie nabyli uprawnień do świadczeń emerytalnych w dniu zawarcia umowy kredytowej oraz nie korzystają z uprawnień do świadczeń rentowych, jeżeli:

- 1) rozwiązano z nimi umowę o pracę w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej oraz podjęli działalność, o której mowa w art. 1, po dniu 1 stycznia 2008 r., albo
- 2) rozwiązano z nimi umowę o pracę w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej oraz złożą pisemne oświadczenie o gotowości podjęcia działalności, o której mowa w art. 1, albo
- 3) są zatrudnieni w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej i złożą pisemne oświadczenie o gotowości rozwiązania umowy o pracę oraz podjęcia działalności, o której mowa w art. 1, z zastrzeżeniem art. 8 ust. 1 pkt 2.”;

2) w art. 4 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Banki, o których mowa w art. 3 ust. 2, umarzają 20% udzielonego kredytu po terminowej spłacie 80% kapitału oraz należnych odsetek, w przypadku gdy kredytobiorca prowadzić będzie przez okres 3 lat od dnia uzyskania kredytu praktykę, o której mowa w art. 1 pkt 1 lub zakład, o którym mowa w art. 1 pkt 2, przy jednoczesnym wykorzystaniu kredytu zgodnie z przeznaczeniem określonym w art. 1.”;

3) w art. 6 w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) oświadczenie, o którym mowa w art. 2 pkt 2 albo pkt 3.”.

Art. 50. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.⁶⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5 po pkt 18 dodaje się pkt 18a w brzmieniu:

„18a) sieć szpitali – sieć szpitali utworzona na podstawie ustawy z dnia.....o sieci szpitali (Dz. U. Nr...poz...);”

2) art. 136 otrzymuje brzmienie:

„Art. 136. 1. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa w szczególności:

- 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) wymagania dla podwykonawców inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach;
- 4) zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami;
- 5) kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy;
- 6) zasady rozpatrywania kwestii spornych;
- 7) postanowienie o odstąpieniu od umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż 3 miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej;
- 8) postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu określonych w pkt 7.

2. W przypadku szpitala włączonego do sieci szpitali, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest określana z uwzględnieniem przynależności oddziałów tego szpitala do poziomów referencyjnych, o których mowa w przepisach ustawy z dnia ... o sieci szpitali (Dz. U. Nr....., poz...).
3. Kwota zobowiązania wobec szpitala włączonego do sieci szpitali obejmuje:
 - 1) kwotę, o której mowa w ust. 1 pkt 5 oraz
 - 2) 1% kwoty, o której mowa w pkt 1, za posiadanie akredytacji w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej;
 - 3) 1% kwoty, o której mowa w pkt 1, za posiadanie certyfikatu jakości ISO 9001: 2000 dla działalności medycznej szpitala oraz zarządzania szpitalem;
 - 5) 0,5% kwoty, o której mowa w pkt 1, za osiągnięcie każdej kolejnej kategorii ekonomiczno-finansowej określonej w art. 31 ust. 7 ustawy z dnia..... o sieci szpitali;
 - 6) 0,5% kwoty, o której mowa w punkcie 1, jako ekwiwalent za osiągnięcie każdej kolejnej kategorii jakościowej, określonej w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia..... o sieci szpitali.
4. W przypadku szpitala włączonego do sieci szpitali przepisu art. 158 nie stosuje się.”;

3) w art. 139 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze szpitalami włączonymi do sieci szpitali odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie rokowań.”,

4) art. 144 otrzymuje brzmienie:

„Art. 144. Postępowanie w trybie rokowań, z zastrzeżeniem art. 139 ust. 1a, może być przeprowadzone, jeżeli:

- 1) uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert lub
- 2) zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć, lub
- 3) jest ograniczona liczba świadczeniodawców, nie większa niż pięciu, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”.

Rozdział 10

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 51. 1. Podmioty właściwe przedstawiają kandydatów na członków pierwszej Krajowej Rady do Spraw Szpitali i pierwszych Regionalnych Rad do Spraw Szpitali w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie ustawy.

2. Pierwszą Krajową Radę do Spraw Szpitali oraz pierwsze Regionalne Rady do Spraw Szpitali powołuje się nie później niż w terminie 2 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 52. 1. Pierwsze regionalne plany opieki szpitalnej powstają nie później niż w terminie do dnia 31 marca 2009 r.

2. Plany, o których mowa w ust. 1, są sporządzane na okres od dnia 1 stycznia 2010 r. do dnia 31 grudnia 2014 r.

3. Pierwsze wnioski o włączenie szpitala do sieci szpitali są składane w terminie do dnia 31 maja 2008 r.

4. Regionalna Rada do Spraw Szpitali w terminie 4 miesięcy od dnia sporządzenia pierwszego projektu planu przekazuje Krajowej Radzie do Spraw Szpitali:

- 1) projekt planu wraz z opinią podmiotów tworzących szpitale objęte planem;
- 2) wniosek, o którym mowa w art. 8 ust. 1 wraz z opinią, o której mowa w art. 9 ust. 1;
- 3) propozycję zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomu referencyjnego;
- 4) dokumenty i informacje stanowiące podstawę sporządzenia opinii co do zasadności włączenia szpitala do sieci szpitali;
- 5) dokumenty i informacje stanowiące podstawę zakwalifikowania oddziałów szpitala do poziomów referencyjnych.

5. Krajowa Rada do Spraw Szpitali przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 4 miesięcy od dnia otrzymania

wszystkich pierwszych regionalnych planów opieki szpitalnej materiały, o których mowa w ust. 4, oraz przedstawia:

- 1) opinię w sprawie pierwszych projektów regionalnych planów opieki szpitalnej;
- 2) stanowisko w przedmiocie włączenia szpitali do sieci szpitali;
- 3) stanowisko w przedmiocie kwalifikacji do poziomów referencyjnych oddziałów szpitali, które mają być włączone do sieci szpitali.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, pierwszy wykaz szpitali włączonych do sieci szpitali w terminie do dnia 31 grudnia 2009 r.

Art. 53. W okresie od dnia ogłoszenia pierwszego wykazu sieci szpitali do dnia 31 grudnia 2010 r. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpital włączony do sieci szpitali są finansowane na dotychczasowych zasadach.

Art. 54. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2008 r., z wyjątkiem art. 50:

- 1) pkt 3 i 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 r.;
- 2) pkt 2 w zakresie dotyczącym art. 136 ust. 3, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.

- ¹) Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę z dnia 24 sierpnia 2001 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów udzielanych lekarzom, lekarzom stomatologom, pielęgniarkom i położnym oraz o umarzaniu tych kredytów i ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- ²) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 49, poz. 509, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 169, poz. 1387, z 2003 r. Nr 130, poz. 1188 i Nr 170, poz. 1660, z 2004 r. Nr 162, poz. 1692 oraz z 2005 r. Nr 64, poz. 565, Nr 78, poz. 682 i Nr 181, poz. 1524.
- ³) 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, 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 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i Nr 82, poz. 559.
- ⁴) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 74, poz. 676 oraz z 2006 r. Nr 50, poz. 360 i Nr 191, poz. 1410.
- ⁵) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2217, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 62, poz. 551 oraz z 2006 r. Nr 79, poz. 550 i Nr 149, poz. 1077.