

M A T E R I A Ł P O R Ó W N A W C Z Y

do ustawy z dnia 28 października 2020 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

(druk nr 254)

U S T A W A z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493, 1578 i 1875)

Art. 42i.

1. Prezes Funduszu wydaje świadczeniobiorcy, osobie uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji lub osobie, o której mowa w art. 12a, zwanej dalej "wnioskodawcą", na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania, instytucji miejsca pobytu albo instytucji łącznikowej w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, zwanych dalej "podmiotem uprawnionym", w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), w przypadkach, o których mowa w przepisach o koordynacji.
2. 55 Prezes Funduszu może wydać wnioskodawcy, który uzyskał zgodę, o której mowa w ust. 1, na wniosek podmiotu uprawnionego, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu:
 - 1) do miejsca udzielenia świadczeń w innym państwie członkowskim UE lub EFTA - najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia;

- 2) do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju - najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.

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

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

3. (uchylony).

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) w części wypełnianej przez wnioskodawcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę:

a) imię i nazwisko oraz numer PESEL wnioskodawcy, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia wnioskodawcy,

b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji wnioskodawcy,

c) imię i nazwisko oraz numer PESEL przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,

d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez

wnioskodawcę, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,

- e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli posiada,
 - f) wskazanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, działającego w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, w którym mają zostać udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wnioski, wraz z uzasadnieniem,
 - g) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- 2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 4:
- a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,
 - b) pieczętkę, nadruk albo naklejkę zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza wypełniającego wniosek,
 - c) pieczętkę, nadruk albo naklejkę zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,
 - f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,
 - g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,
 - h) określenie dopuszczalnego czasu oczekiwania świadczeniobiorcy na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek,
 - i) uzasadnienie wniosku,
 - j) spis załączników do wniosku.

6. Do dokumentacji medycznej dołączanej do wniosku, o którym mowa w ust. 1, przepis art. 42f ust. 5 pkt 1 stosuje się odpowiednio.

7. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, oprócz elementów wymienionych w ust. 5 zawiera wskazanie przez lekarza wypełniającego wniosek proponowanego środka transportu, wraz z uzasadnieniem.
8. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, oprócz elementów wymienionych w ust. 5 pkt 1 zawiera:
 - 1) nazwę i adres podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w innym państwie członkowskim UE lub EFTA, w którym przebywa wnioskodawca;
 - 2) wskazanie miejsca leczenia w kraju, jeżeli wniosek dotyczy pokrycia kosztów transportu do miejsca leczenia.
9. W przypadku gdy wnioskodawca przebywa w szpitalu na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE lub EFTA, korzystając ze świadczeń udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, Prezes Funduszu wydaje, na wniosek podmiotu uprawnionego, w drodze decyzji administracyjnej, zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju - najtańszym środkiem transportu możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy, gdy przewidywane koszty dalszego leczenia za granicą przewyższają koszty transportu i leczenia w kraju.
- 9a. W decyzji, o której mowa w ust. 9, Prezes Funduszu wskazuje świadczeniodawcę, posiadającego umowę z Funduszem, który przeprowadzi dalsze leczenie w kraju, po dokonaniu niezbędnych uzgodnień z tym świadczeniodawcą.
10. Do wniosku, o którym mowa w ust. 9, przepisy ust. 8 stosuje się odpowiednio.
11. Do wniosku, o którym mowa w ust. 9, dołącza się:
 - 1) dokumentację sporządzoną przez szpital, o którym mowa w ust. 9, zawierającą aktualne rozpoznanie kliniczne, opis aktualnego stanu zdrowia wnioskodawcy, określenie prawdopodobnego zakresu i czasu trwania dalszego leczenia oraz wskazanie środka transportu możliwego do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy;
 - 2) wstępny kosztorys dalszego leczenia sporządzony przez szpital, o którym mowa w ust. 9;
 - 3) tłumaczenie na język polski dokumentów, o których mowa w pkt 1 i 2; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.
12. Decyzje odmawiające wydania zgód, o których mowa w ust. 1, 2 i 9, są ostateczne. Od decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Art. 42j.

1. Prezes Funduszu może na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, w drodze decyzji administracyjnej, skierować wnioskodawcę do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, należących do świadczeń gwarantowanych, których aktualnie nie wykonuje się w kraju, kierując się niezbędnością udzielenia takiego świadczenia w celu ratowania życia lub poprawy stanu zdrowia wnioskodawcy.
2. W przypadkach określonych w ust. 1 Prezes Funduszu może, na wniosek wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, w drodze decyzji administracyjnej, wydać zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń za granicą lub miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju najtańszym środkiem komunikacji możliwym do zastosowania w aktualnym stanie zdrowia, w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia.
- 2a. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 i 2, może zostać złożony również w postaci elektronicznej w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym. Wymagane załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, wymaga, w odpowiedniej części, wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny właściwej ze względu na zakres wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych oraz tytuł naukowy profesora lub *[stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych]* **<stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych albo doktora nauk medycznych>**.
4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:
 - 1) w części wypełnianej przez wnioskodawcę, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę upoważnioną przez wnioskodawcę:
 - a) imię i nazwisko oraz numer PESEL wnioskodawcy, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia wnioskodawcy,
 - b) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji wnioskodawcy,

- c) imię i nazwisko oraz numer PESEL przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,
 - d) adres miejsca zamieszkania oraz adres do korespondencji przedstawiciela ustawowego wnioskodawcy, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli wniosek składa przedstawiciel ustawowy, małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba upoważniona przez wnioskodawcę,
 - e) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej wnioskodawcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez wnioskodawcę, jeżeli posiada,
 - f) oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
- 2) w części wypełnianej przez lekarza, o którym mowa w ust. 3:
- a) imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek,
 - b) pieczętkę, nadruk albo naklejkę zawierające numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację lekarza wypełniającego wniosek oraz tytuł lub stopień naukowy,
 - c) pieczętkę, nadruk albo naklejkę zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, u którego lekarz wypełniający wniosek udziela świadczeń opieki zdrowotnej,
 - d) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę złożenia wniosku, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
 - e) informację o dotychczasowym przebiegu choroby i zastosowanym leczeniu,
 - f) prognozę prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby,
 - g) wskazanie szczegółowego zakresu leczenia lub badań diagnostycznych, których dotyczy wniosek,

- h) wskazanie zagranicznego podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, w którym mają zostać udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, których dotyczy wnioski, wraz z uzasadnieniem,
 - i) uzasadnienie wniosku,
 - j) spis załączników do wniosku.
5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, przepisy art. 42i ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio.
 6. Podstawą rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 1, jest dokumentacja medyczna. W przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym, do wniosku dołącza się tłumaczenie tej dokumentacji na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.
 7. Decyzje w sprawach, o których mowa w ust. 1 i 2, są ostateczne. Od tych decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.
 8. Koszty wynikające z ust. 1 i 2 są finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 61y.

1. W Funduszu tworzy się korpus kontrolerski.
 2. W skład korpusu kontrolerskiego wchodzi pracownicy Funduszu będący kontrolerami.
 3. Kontrolerem może być pracownik Funduszu, który:
 - 1) posiada obywatelstwo polskie;
 - 2) ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych;
 - 3) nie był karany za popełnione z winy umyślnej przestępstwo lub przestępstwo skarbowe;
 - 4) ma wyższe wykształcenie;
 - 5) złożył egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera z wynikiem pozytywnym;
 - 6) nie pełnił służby zawodowej ani nie pracował w organach bezpieczeństwa państwa wymienionych w art. 2 ustawy z dnia 18 października 2006 r. o ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów (Dz. U. z 2020 r. poz. 306, 284 i 322), ani nie był ich współpracownikiem.
 - 3a. Potwierdzenie spełniania warunków, o których mowa w ust. 3 pkt 1-3, może nastąpić na podstawie oświadczenia.
 - 3b. Potwierdzenie spełniania warunku, o którym mowa w ust. 3 pkt 6, następuje na podstawie oświadczenia lustracyjnego lub informacji o złożeniu oświadczenia lustracyjnego składanych na zasadach określonych w ustawie z dnia 18 października 2006 r. o
-

ujawnianiu informacji o dokumentach organów bezpieczeństwa państwa z lat 1944-1990 oraz treści tych dokumentów.

4. Kontrolera powołuje i odwołuje Prezes Funduszu. Z dniem powołania dotychczasowa umowa o pracę przekształca się w stosunek pracy na podstawie powołania, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy.
5. Egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera obejmuje:
 - 1) wiedzę i umiejętności w zakresie kontroli;
 - 2) znajomość aktów prawnych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz dotyczących funkcjonowania organów administracji publicznej;
 - 3) (uchylony).

[6. Do egzaminu, o którym mowa w ust. 5, może przystąpić osoba, która jest zatrudniona w centrali Funduszu.]

<6. Do egzaminu, o którym mowa w ust. 5, może przystąpić osoba, która jest zatrudniona w Funduszu.>

7. Egzamin, o którym mowa w ust. 5, jest przeprowadzany raz na kwartał. Przystąpić do egzaminu można raz w roku kalendarzowym.
8. Komisję egzaminacyjną do przeprowadzenia egzaminu, o którym mowa w ust. 5, powołuje i odwołuje Prezes Funduszu.
9. Prezes Funduszu określi sposób przygotowania i przeprowadzania egzaminu, o którym mowa w ust. 5.
10. Prezes Funduszu odwołuje ze stanowiska kontrolera osobę, która:
 - 1) złożyła rezygnację ze stanowiska;
 - 2) przestała spełniać warunki określone w ust. 3 pkt 1-4 i 6;
 - 3) jest nieobecna w pracy powyżej 3 miesięcy z powodu tymczasowego aresztowania;
 - 4) naruszyła w stopniu ciężkim podstawowe obowiązki pracownicze;
 - 5) realizowała kontrole w sposób nierzetelny, niezgodny z przepisami lub uniemożliwiający osiągnięcie celu kontroli, w szczególności kwestionując w sposób powtarzalny wyłącznie naruszenia niemające znaczącego charakteru lub pomijając naruszenia istotne;
 - 6) nie złożyła lub złożyła niezgodne z prawdą oświadczenie, o którym mowa w art. 112 ust. 3.
11. Obsługę pracowników komórki organizacyjnej Funduszu, która prowadzi kontrole, w tym pracowników wchodzących w skład korpusu kontrolerskiego, zapewniają centrala oraz oddziały wojewódzkie Funduszu.

Art. 95d.

[1. *Wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, zwany dalej "organem wydającym opinię", wydaje opinię o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych.*

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

1b. Przez inną inwestycję, o której mowa w ust. 1, rozumie się roboty budowlane w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz. U. z 2019 r. poz. 1186, z późn. zm.) lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią główny cel tej inwestycji.]

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

1) polegającej na utworzeniu na obszarze województwa:

a) nowego podmiotu leczniczego,

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

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

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

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

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

1c. Zmiana adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub połączenie, podział albo przekształcenie spółek, o których mowa w art. 1 § 2 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 505, z późn. zm.), lub spółki, o której

mowa w art. 860 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny, stanowiące podstawę zmiany wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, nie stanowi inwestycji, o której mowa w ust. 1, jeżeli jej głównym celem nie była budowa, przebudowa obiektu lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego i nie wpływa na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

[1d. Przepisów ust. 1-1c nie stosuje się w przypadku inwestycji:

- 1) która ma być sfinansowana lub współfinansowana z dotacji w wysokości nie wyższej niż 1 mln zł uzyskanej przez podmiot leczniczy od podmiotu tworzącego, którym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych;*
- 2) bez względu na jej wartość, która ma być realizowana na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa.*

1e. Odpowiednio Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, rozstrzyga, czy inwestycja ma być realizowana na potrzeby określone w ust. 1d pkt 2.]

<1d. Przepisów ust. 1–1c nie stosuje się w przypadku inwestycji, która będzie realizowana na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa.

1e. Odpowiednio Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, rozstrzyga, czy inwestycja będzie realizowana na potrzeby określone w ust. 1d.>

2. Opinii, o której mowa w ust. 1, nie wydaje się w odniesieniu do:

- 1) szpitalnego oddziału ratunkowego;
 - 2) szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci;
 - 3) centrum urazowego;
 - 4) centrum urazowego dla dzieci;
 - 5) podmiotu leczniczego prowadzonego w formie jednostki budżetowej lub jednostki wojskowej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia jest organem wydającym opinię, o której mowa w ust. 1, w przypadku gdy podmiotem wnioskującym, o którym mowa w art. 95e ust. 1, jest:
- 1) podmiot leczniczy, dla którego podmiotem tworzącym jest wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia;

- 2) podmiot leczniczy utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) instytut badawczy, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1350 i 2227 oraz z 2020 r. poz. 284), w zakresie, w jakim wykonuje działalność leczniczą;
- 4) podmiot powstały z przekształcenia podmiotu leczniczego albo instytutu badawczego, o którym mowa w pkt 1-3;
- 5) wojewoda, jeżeli jest podmiotem zamierzającym wykonywać działalność leczniczą;
- 6) uczelnia medyczna, jeżeli jest podmiotem zamierzającym wykonywać działalność leczniczą[.] <;>

<7) podmiot leczniczy, który zamierza realizować inwestycję, której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku o wydanie takiej opinii przekracza 50 mln zł.>

4. *[Do określenia wartości inwestycji, o których mowa w ust. 1, zalicza się następujące rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów:]*

<Do określenia wartości inwestycji, o których mowa w ust. 1, zalicza się następujące rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów na dzień złożenia wniosku:>

- 1) przygotowania do realizacji inwestycji budowlanej oraz innych zmian w obiekcie budowlanym, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane, zwanym dalej "obiektem budowlanym", wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską, oraz zakupu obiektu budowlanego, w szczególności opracowania dokumentacji projektowej, zakupu i przygotowania gruntu pod budowę oraz ekspertyz, świadectw, operatów, studiów, pomiarów geodezyjnych i prac geologicznych oraz prac archeologicznych, dotyczących inwestycji budowlanej;
- 2) realizacji inwestycji budowlanej oraz innych zmian w obiekcie budowlanym wraz z usługami towarzyszącymi, w tym obsługą inwestorską;
- 3) zakupu obiektu budowlanego;
- 4) zakupu lub wytworzenia we własnym zakresie środka trwałego, z wyjątkiem tego, którego wartość początkowa nie przekracza kwoty określonej w art. 16f ust. 3 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 865, z późn. zm.), z zastrzeżeniem pkt 5;

- 5) zakupu lub wytworzenia we własnym zakresie środka trwałego bez względu na jego wartość oraz innych przedmiotów, jeżeli są pierwszym wyposażeniem obiektów budowlanych;
- 6) transportu i montażu oraz inne koszty ponoszone w celu przekazania środka trwałego do używania;
- 7) zmiany w środkach trwałych powodującej ich ulepszenie w rozumieniu przepisów o rachunkowości;
- 8) zakupu wartości niematerialnej i prawnej, jeżeli:
 - a) jej wartość początkowa jest wyższa od kwoty określonej w art. 16f ust. 3 ustawy wymienionej w pkt 4,
 - b) jest pierwszym wyposażeniem obiektu budowlanego - bez względu na jego wartość;
- 9) innych, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów podlegają finansowaniu lub dofinansowaniu ze środków budżetu państwa przeznaczonych na inwestycje.

Art. 95e.

1. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się na wniosek podmiotu:

- 1) wykonującego działalność leczniczą,
- 2) zamierzającego wykonywać działalność leczniczą,
- 3) zamierzającego utworzyć podmiot leczniczy
- zwanego dalej "podmiotem wnioskującym".

[2. *Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, składa się do organu wydającego opinię w postaci papierowej lub elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.*]

<2. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, składa się do organu wydającego opinię w postaci elektronicznej. Wniosek opatrzony jest kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.>

3. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawiera:

- 1) oznaczenie organu wydającego opinię;
- 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
- 3) oznaczenie siedziby albo adresu zamieszkania, albo adresu podmiotu wnioskującego;

4) wskazanie typu inwestycji: utworzenie nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji;

5) opis inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawierający:

[a) zakres rzeczowy inwestycji,]

< a) zakres rzeczowy inwestycji, ze wskazaniem dziedzin medycyny, których dotyczy inwestycja,>

b) uzasadnienie celowości inwestycji,

c) okres realizacji inwestycji,

d) wskazanie miejsca realizacji inwestycji,

[e) źródła finansowania inwestycji oraz rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów, o których mowa w art. 95d ust. 4, a w przypadku inwestycji budowlanej - również jej szacunkową wartość w podziale na grupy kosztów,]

<e) źródła finansowania inwestycji oraz rodzaje poniesionych lub planowanych kosztów, o których mowa w art. 95d ust. 4, a w przypadku inwestycji budowlanej – również jej szacunkową wartość na dzień złożenia wniosku w podziale na grupy kosztów,>

f) inne informacje dotyczące inwestycji;

[5a) w przypadku inwestycji dotyczącej więcej niż jednej lekarskiej dziedziny medycyny wymienionej w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - informacje o częściach inwestycji, służących udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie wskazanych dziedzin medycyny, oraz ich szacowaną wartość;

6) wypełniony formularz określony w przepisach wydanych na podstawie art. 95h ust. 1, w przypadku tworzenia nowego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji skutkującej zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, wraz z jego numerem wygenerowanym za pośrednictwem systemu IOWISZ nie wcześniej niż w terminie miesiąca przed dniem złożenia wniosku;

6a) wypełniony formularz określony w przepisach wydanych na podstawie art. 95h ust. 2, w przypadku inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, wraz z jego numerem wygenerowanym za pośrednictwem systemu IOWISZ nie wcześniej niż w terminie miesiąca przed dniem złożenia wniosku;]

[7) wskazanie planowanego terminu rozpoczęcia realizacji inwestycji, jeżeli dotyczy;]

<7) wskazanie planowanego terminu rozpoczęcia realizacji inwestycji;>

- 8) oświadczenie, o którym mowa w ust. 4;
 - 9) datę jego sporządzenia;
 - 10) podpis osoby upoważnionej do jego złożenia.
4. Wniosek o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Podmiot wnioskujący jest obowiązany do złożenia oświadczenia o następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.
 5. Do wniosku dołącza się oryginał lub kopię dokumentu poświadczającego upoważnienie osoby określonej w ust. 3 pkt 10 do działania w imieniu podmiotu wnioskującego.

[6. *Złożenie wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, podlega opłacie:*

- 1) *w przypadku inwestycji o wartości poniżej 1 000 000 zł - w wysokości 2000 zł;*
- 2) *w przypadku inwestycji o wartości co najmniej 1 000 000 zł:*
 - a) *jeżeli dotyczy jednej dziedziny medycyny - w wysokości 4000 zł,*
 - b) *jeżeli dotyczy kilku dziedzin medycyny - w wysokości określonej w lit. a, powiększonej o 1000 zł za każdą kolejną dziedzinę medycyny.]*

<6. Złożenie wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, podlega opłacie w wysokości 4000 zł.>

7. Opłata, o której mowa w ust. 6, stanowi dochód budżetu państwa. Potwierdzenie wniesienia opłaty dołącza się do wniosku.

<Art. 95ea.

- 1. Przy ministrze właściwym do spraw zdrowia działa Komisja Oceny Wniosków Inwestycyjnych, zwana dalej „Komisją”, będąca organem opiniodawczo-doradczym tego ministra.**
- 2. W skład Komisji wchodzi po jednym przedstawicielu wskazanym przez:**
 - 1) Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów;**
 - 2) ministra właściwego do spraw finansów publicznych;**
 - 3) ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego;**
 - 4) ministra właściwego do spraw zdrowia;**
 - 5) Prezesa Funduszu.**
- 3. Członków Komisji powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, z tym że członkowie, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3 i 5, są powoływani na wniosek**

właściwych podmiotów. Przewodniczącym Komisji jest przedstawiciel ministra właściwego do spraw zdrowia.

4. Członkom Komisji nie przysługuje wynagrodzenie.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze zarządzenia, regulamin prac Komisji określający jej organizację, sposób i tryb działania oraz sposób obsługi prac tej Komisji, mając na celu zapewnienie sprawnego działania Komisji.

Art. 95eb.

1. Członkiem Komisji może być osoba, która:

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

2. Członek Komisji może być odwołany:

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

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

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

– który wystąpił z wnioskiem, o wydanie opinii o celowości inwestycji, której wartość kosztorysowa przekracza 50 mln zł. Powody wyłączenia trwają także po ustaniu

małżeństwa, faktycznego pozostawania we wspólnym pożyciu, przysposobienia, opieki lub kurateli.

4. Kandydaci na członków Komisji i członkowie Komisji przed każdym posiedzeniem Komisji, jednak nie później niż 10 dni od dnia wpływu do systemu IOWISZ wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji, której wartość kosztorysowa przekracza 50 mln zł, składają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oświadczenie dotyczące niezachodzenia okoliczności, o których mowa w ust. 3, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, dotyczące ich samych oraz ich małżonków, zstępnych i wstępnych w linii prostej do drugiego stopnia, osób, z którymi pozostają we wspólnym pożyciu, oraz osób związanych z nimi z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.
5. Zaistnienie okoliczności, o których mowa w ust. 3, lub niezłożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 4, stanowi podstawę wyłączenia członka z prac Komisji oraz niepowołania kandydata w skład Komisji.
6. O wyłączeniu członka Komisji postanawia minister właściwy do spraw zdrowia z urzędu albo na wniosek Komisji.
7. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 4, zawiera:
 - 1) imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie;
 - 2) imię i nazwisko: małżonka, zstępnych i wstępnych w linii prostej do drugiego stopnia oraz osób, z którymi członkowie Komisji pozostają we wspólnym pożyciu, oraz osoby związane z nimi z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, wobec których zaistniały okoliczności, o których mowa w ust. 3;
 - 3) wskazanie okoliczności, o których mowa w ust. 3.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór oświadczenia, o którym mowa w ust. 4, mając na uwadze zapewnienie przejrzystości działania Komisji oraz wymagania, o których mowa w ust. 7, a także zapewnienie bezstronności działania Komisji.

Art. 95ec.

1. Do zadań Komisji należy wydawanie opinii w przedmiocie oceny wniosków dotyczących inwestycji, których wartość kosztorysowa przekracza 50 mln zł, w
-

zakresie dokonania oceny, w jakim stopniu dana inwestycja spełnia poszczególne kryteria określone we wniosku, o którym mowa w art. 95e ust. 3.

2. Komisja opiniuje wnioski w zakresie określonym w ust. 1 na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 95f ust. 3. Dla ważności opinii, o której mowa w ust. 1, potrzebne jest zgodne stanowisko co najmniej trzech członków Komisji.
3. W ramach opiniowania wniosku, Komisja może wystąpić o opinię do:
 - 1) Ministra Obrony Narodowej;
 - 2) ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
 - 3) ministra właściwego do spraw szkolnictwa wyższego i nauki;
 - 4) wojewody właściwego terytorialnie dla miejsca realizacji inwestycji;
 - 5) marszałka województwa właściwego terytorialnie dla miejsca realizacji inwestycji;
 - 6) konsultantów krajowych z dziedzin medycyny i innych dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, właściwych merytorycznie dla wniosku podlegającego opiniowaniu.
4. Opinia Komisji jest sporządzana w postaci elektronicznej i opatrzona kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przewodniczącego Komisji.
5. Opinię Komisji przewodniczący Komisji przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu wydania opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1.
6. Opinia Komisji zawiera:
 - 1) datę i miejsce sporządzenia;
 - 2) oznaczenie składu Komisji;
 - 3) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
 - 4) oznaczenie adresu siedziby albo adresu miejsca zamieszkania albo adresu podmiotu wnioskującego;
 - 5) numer wniosku;
 - 6) stanowisko Komisji na temat celowości inwestycji wraz z uzasadnieniem;
 - 7) podpis przewodniczącego Komisji.>

Art. 95f.

1. Wnioski o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, są rozpatrywane według kolejności ich wpływu.
 2. Organ wydający opinię sprawdza kompletność wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1. W przypadku braków formalnych wniosku organ wzywa do ich uzupełnienia w terminie 7 dni od dnia doręczenia wezwania, pod rygorem pozostawienia wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, bez rozpatrzenia.
 3. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się wyłącznie na podstawie:
 - 1) informacji przedstawionych we wniosku;
 - 2) priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;
 - 3) danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
 - 4) Mapy Regionalnej albo Mapy Ogólnopolskiej;
 - 5) opinii dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda;
 - 6) opinii Prezesa Funduszu - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia;
 - 7) informacji przedstawionych w innych, złożonych wcześniej wnioskach, o których mowa w art. 95e ust. 1, oraz wydanych opiniach, o których mowa w art. 95d ust. 1, w zakresie, w jakim uwzględniają one realizację map oraz priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c[.] <;>
 - <8) opinii Komisji – w przypadku inwestycji, których wartość kosztorysowa przekracza 50 mln zł.>**
 4. W terminie 7 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o wydanie opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, organ wydający opinię przekazuje, za pośrednictwem systemu IOWISZ, wypełniony przez podmiot wnioskujący formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia do zaopiniowania:
 - 1) dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda;
 - 2) Prezesowi Funduszu - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia.
 5. Podmioty określone w ust. 4 wydają opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 5 i 6, w terminie 14 dni od dnia doręczenia, za pośrednictwem systemu IOWISZ, wniosku Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Opinie te przekazuje się
-

odpowiednio wojewodzie albo ministrowi właściwemu do spraw zdrowia za pośrednictwem systemu IOWISZ.

6. Opinie, o których mowa w ust. 3 pkt 5 i 6, wydaje się na formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia na podstawie danych zawartych we wniosku, uwzględniając:
 - 1) priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;
 - 2) dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
 - 3) Mapę Regionalną - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, a inwestycja, której dotyczy wnioski, zaspokaja wyłącznie potrzeby zdrowotne o charakterze lokalnym;
 - 4) Mapę Ogólnopolską - w przypadku gdy organem wydającym opinię jest minister właściwy do spraw zdrowia, a wniosek dotyczy inwestycji innej niż określona w pkt 3.
7. W przypadku awarii systemu IOWISZ trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie czynności, o których mowa w ust. 4-6, termin określony odpowiednio w ust. 4 albo 5 przedłuża się o czas trwania awarii.
8. Minimalna liczba punktów wymagana do uzyskania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1, nie może być wyższa niż 50% maksymalnej liczby punktów możliwej do uzyskania w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. W przypadku uzyskania liczby punktów mniejszej niż minimalna wydaje się opinię negatywną.
9. Podmiot wnioskujący, organ wydający opinię, Prezes Funduszu i dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, każdy w zakresie swojej właściwości, wypełniają, za pośrednictwem systemu IOWISZ, formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, dokonując oceny celowości, o której mowa w art. 95d ust. 1, przez przyznanie punktów za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz uzasadnienie tej oceny. Organ wydający opinię, Prezes Funduszu i dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu sporządzają uzasadnienie wyłącznie w przypadku, gdy proponowana ocena lub uzasadnienie oceny danego kryterium jest inna niż przedstawiona przez podmiot wnioskujący w formularzu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

Art. 95g.

1. Opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, wydaje się w terminie 45 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku o jej wydanie.
2. Opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, zawiera:
 - 1) oznaczenie organu wydającego opinię;
 - 2) określenie daty i miejsca jej wydania;
 - 3) znak opinii;
 - 4) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
 - 5) określenie, czy opinia jest pozytywna czy negatywna;
 - 6) całkowity wynik punktowy obliczony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 95h;
 - 7) wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych przez odpowiednio organ wydający opinię, Prezesa Funduszu albo dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, za spełnienie poszczególnych kryteriów przez podmiot wnioskujący oraz ich uzasadnienie;
 - 8) pouczenie o możliwości wniesienia protestu do ministra właściwego do spraw zdrowia zawierające wskazanie terminu wniesienia protestu, a także formy i trybu jego wniesienia - w przypadku opinii negatywnej;
- [9) podpis z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego osoby upoważnionej do wydania opinii lub, jeżeli ta opinia została wydana w formie dokumentu elektronicznego - kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty.]*
- <9) kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do wydania opinii z podaniem jej imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego.>**

<Art. 95ga.

Pozytywna opinia o celowości inwestycji jest ważna 3 lata od dnia wydania.>

Art. 95i.

1. W przypadku gdy opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1, jest negatywna, podmiotowi wnioskującemu przysługuje środek odwoławczy w postaci protestu.

2. Protest wnosi się do ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia doręczenia opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1. W przypadku gdy organem wydającym opinię jest wojewoda, protest wnosi się za jego pośrednictwem.
 3. *[Protest wnosi się w postaci papierowej lub elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.]* **<Protest wnosi się w postaci elektronicznej opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.>** Protest zawiera:
 - 1) oznaczenie organu, do którego wnosi się protest;
 - 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
 - 3) oznaczenie siedziby albo adresu zamieszkania, albo adresu podmiotu wnioskującego;
 - 4) znak opinii, od której protest jest wnoszony, oznaczenie organu wydającego opinię oraz datę i miejsce wydania opinii;
 - 5) wskazanie kryterium, z oceną spełniania którego podmiot wnoszący protest się nie zgadza, wraz z uzasadnieniem;
 - 6) oświadczenie, o którym mowa w ust. 4;
 - 7) podpis osoby upoważnionej do wniesienia protestu.
 4. Protest składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Podmiot wnoszący protest jest obowiązany do złożenia oświadczenia o następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.
 5. Do protestu dołącza się oryginał lub kopię dokumentu poświadczającego upoważnienie osoby określonej w ust. 3 pkt 7 do działania w imieniu podmiotu wnoszącego protest.
 6. Minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje protest w terminie 30 dni od dnia jego doręczenia.
 - 6a. W opinii w sprawie protestu minister właściwy do spraw zdrowia weryfikuje prawidłowość oceny wniosku o ocenę celowości inwestycji w zakresie objętym złożonym wnioskiem.
 7. W wyniku rozpatrzenia protestu minister właściwy do spraw zdrowia wydaje opinię w sprawie protestu, za pośrednictwem systemu IOWISZ, przyznając punkty za spełnienie poszczególnych kryteriów oraz uzasadniając ich liczbę na podstawie:
-

- 1) informacji przedstawionych przez podmiot wnioskujący;
 - 2) uzasadnienia zawartego w proteście;
 - 3) właściwej mapy;
 - 4) priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c;
 - 5) danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
8. Opinia w sprawie protestu zawiera:
- 1) oznaczenie organu rozpatrującego protest;
 - 2) imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu wnioskującego oraz jego numer KRS w przypadku osób prawnych albo numer identyfikacji podatkowej (NIP) w przypadku osób fizycznych lub jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej;
 - 3) określenie daty i miejsca rozpatrzenia protestu;
 - 4) określenie, czy protest rozpatrzono pozytywnie czy negatywnie;
 - 5) całkowity wynik punktowy obliczony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 95h;
 - 6) wygenerowane elektronicznie zestawienie punktów przyznanych za spełnienie poszczególnych kryteriów oraz ich uzasadnienie, przez podmiot wnoszący protest oraz ministra właściwego do spraw zdrowia w wyniku rozpatrzenia protestu;
 - 7) pouczenie o możliwości wniesienia skargi do wojewódzkiego sądu administracyjnego, w trybie i na zasadach określonych w art. 95j, zawierające wskazanie terminu wniesienia skargi;
- [8) *podpis z podaniem imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego osoby upoważnionej do wydania opinii w sprawie protestu lub, jeżeli ta opinia została wydana w formie dokumentu elektronicznego - kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty.*]
- <8) kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby upoważnionej do wydania opinii w sprawie protestu z podaniem jej imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego.>**
- 8a. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 zdanie drugie, wojewoda przekazuje protest ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania.
- 8b. W terminie określonym w ust. 8a, w oparciu o przesłany protest, wojewoda może zmienić wydaną przez siebie opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, na pozytywną. W takim przypadku wojewoda nie przekazuje protestu w sposób określony w ust. 8a.

9. Protest nie podlega rozpatrzeniu, jeżeli mimo prawidłowego pouczenia, o którym mowa w art. 95g ust. 2 pkt 8:
- 1) został wniesiony po terminie;
 - 2) nie spełnia wymagań określonych w ust. 3 zdanie drugie.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, organ wydający opinię wydaje postanowienie w przedmiocie nierozpatrzenia protestu, na które służy zażalenie, do którego stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.
11. Do postępowania, o którym mowa w art. 95d-95g i ust. 1-9, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego, z wyjątkiem przepisów dotyczących wyłączenia pracownika i organu, pełnomocnictw, doręczeń, sposobu obliczania terminów, wydawania uwierzytelnionych odpisów lub kopii akt sprawy, sprostowań oraz stwierdzania nieważności.

Art. 102.

1. Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz.
2. Prezesa Funduszu powołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Funduszu po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.
3. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych minister właściwy do spraw zdrowia może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgania opinii, o której mowa w ust. 2. W takim przypadku minister właściwy do spraw zdrowia powierza kierowanie Funduszem jednemu z zastępców Prezesa Funduszu i niezwłocznie informuje o odwołaniu Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.
4. (uchylony).
5. Do zakresu działania Prezesa Funduszu w szczególności należy:
 - 1) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;
 - 2) efektywne i bezpieczne zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu, w tym gospodarowanie rezerwą ogólną, o której mowa w art. 118 ust. 5;
 - 3) zaciąganie, w imieniu Funduszu, zobowiązań, w tym pożyczek i kredytów, z zastrzeżeniem art. 100 ust. 1 pkt 5;
- 3a) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów, zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- 4) przygotowywanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 3;
 - 5) opracowywanie projektu planu finansowego Funduszu na podstawie projektów planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, prognoz, o których mowa w art. 120 ust. 1 i 2;
 - 6) sporządzanie rocznego planu finansowego Funduszu po otrzymaniu opinii Rady Funduszu, komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji właściwej do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 7) sporządzanie projektu planu pracy Funduszu;
 - 8) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;
 - 9) sporządzanie projektu rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na następny rok;
 - 10) sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu za dany rok oraz niezwłocznie przedkładanie go ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;
 - 11) sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu, zawierających w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu;
 - 12) nadzorowanie rozliczeń dokonywanych w ramach wykonywania przepisów o koordynacji;
 - 13) sporządzanie analiz i ocen na podstawie informacji, o których mowa w art. 106 ust. 10 pkt 5, przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu;
 - 14) przedstawianie Radzie Funduszu projektu systemu wynagradzania pracowników Funduszu;
 - 15) (uchylony);
 - 16) występowanie z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
 - 17) (uchylony);
 - 18) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
 - 19) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;
 - 20) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Rady Funduszu podlegających badaniu w trybie art. 163, w terminie 3 dni roboczych od dnia ich uchwalenia;
 - 21) nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu;
-

- 21a) przeprowadzanie kontroli, o której mowa w dziale IIIA;
- 22) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi, organizacjami pracodawców, organizacjami świadczeniodawców oraz ubezpieczonych;
- 23) przekazywanie oddziałom wojewódzkim Funduszu do realizacji programów polityki zdrowotnej zleconych przez właściwego ministra;
- 24) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;
- 24a) (uchylony);
- 24b) wydawanie decyzji administracyjnych, o których mowa w art. 53 ust. 2a ustawy o refundacji;
- 25) ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu z uwzględnieniem konieczności stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, w tym ich elektronicznej;
- 26) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia zestawień kwot, o których mowa w art. 4 i art. 34 ustawy o refundacji;
- 26a) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia comiesięcznych zestawień ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, wraz z podaniem numeru GTIN zgodnego z systemem GS1, lub innego kodu jednoznacznie identyfikującego wyrób medyczny lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawanych na podstawie art. 43a ust. 1, w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy zestawienie;
- 26b) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia comiesięcznych zestawień ilości zrefundowanych opakowań jednostkowych leków wraz z podaniem numeru GTIN zgodnego z systemem GS1, wydawanych na podstawie art. 43b ust. 1, w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po miesiącu, którego dotyczy zestawienie;
- 27) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości informacji o wielkości kwoty refundacji wraz z procentowym wykonaniem całkowitego budżetu na refundację, o którym mowa w ustawie o refundacji;
- <27a) zawieranie i rozliczanie umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji;>**
- 28) (uchylony);

- 29) gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji;
- 30) (uchylony);
- 31) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości w zakresie, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy o refundacji, na podstawie danych określonych w art. 45 tej ustawy, informacji o:
- a) kwocie refundacji,
 - b) liczbie zrefundowanych opakowań,
 - c) udziale w kwocie refundacji w grupie limitowej,
 - d) zmianie wartości, o których mowa w lit. a-c, w odniesieniu do poprzedniego miesiąca oraz tego samego miesiąca poprzedniego roku
- leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wraz z podaniem grupy limitowej, nazwy międzynarodowej, nazwy handlowej oraz numeru GTIN zgodnego z systemem GS1, lub innego kodu jednoznacznie identyfikującego wyrób medyczny lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- 31a) podawanie co miesiąc do publicznej wiadomości w zakresie, o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy o refundacji, na podstawie danych przekazywanych do Funduszu zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 i 2, informacji o:
- a) kwocie refundacji,
 - b) udziale w kwocie refundacji w grupie limitowej,
 - c) zmianie wartości, o których mowa w lit. a i b, w odniesieniu do poprzedniego miesiąca oraz tego samego miesiąca poprzedniego roku
- leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wraz z podaniem grupy limitowej, nazwy międzynarodowej, nazwy handlowej oraz numeru GTIN zgodnego z systemem GS1, lub innego kodu jednoznacznie identyfikującego wyrób medyczny lub środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- 32) monitorowanie, nadzorowanie i kontrolowanie wykonania zawartych w decyzji o objęciu refundacją instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji, oraz informowanie ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie wypełnienia przez wnioskodawcę postanowień zawartych w tej decyzji;
- 33) realizacja zadań, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa;
-

- 34) prowadzenie i utrzymywanie elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c;
 - 35) dokonywanie kwalifikacji świadczeniodawców do systemu zabezpieczenia;
 - 36) monitorowanie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji tych umów;
 - 37) kontrolowanie bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;
 - 38) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
 - 39) wydawanie i publikowanie na stronie internetowej Funduszu, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy jednolitych tekstów zarządzeń Prezesa określających warunki realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz publikowanie na stronie internetowej Funduszu tekstów ujednoczonych tych zarządzeń, niezwłocznie po dokonaniu w nich zmian.
- 5a. Prezesowi Funduszu przysługują środki ochrony prawnej, o których mowa w art. 180-198g ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 oraz z 2020 r. poz. 1086), wprowadzonych przez świadczeniodawców postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na zakup refundowanych ze środków publicznych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.
6. W przypadku nieobecności lub czasowej niemożności sprawowania funkcji, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, Prezesa Funduszu zastępuje, na podstawie jego pisemnego upoważnienia, jeden z zastępców Prezesa Funduszu. W przypadku gdy udzielenie przez niego takiego upoważnienia nie jest możliwe - upoważnienia udziela minister właściwy do spraw zdrowia.
- 6a. W przypadku śmierci Prezesa Funduszu albo odwołania ze sprawowanej funkcji, do czasu powołania nowego Prezesa Funduszu jego obowiązki pełni Zastępca Prezesa wyznaczony przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
7. Prezes Funduszu może udzielić zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu Funduszu, dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz innym pracownikom Funduszu pełnomocnictw do załatwiania spraw w jego imieniu w ustalonym zakresie, a w szczególności do wydawania decyzji administracyjnych, postanowień, zaświadczeń, a także do poświadczania za zgodność odpisów dokumentów przedstawionych przez stronę
-

na potrzeby prowadzonych postępowań z oryginałem, a także innych czynności w wykonaniu zadań, o których mowa w ust. 5.

8. Pełnomocnictwa i upoważnienia, o których mowa w ust. 7, są udzielane na piśmie pod rygorem nieważności.

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;
 - 2a) sposób realizacji instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji, dotyczących danego leku albo środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego - w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 15 i 16;
 - 3) wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich 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 rozwiązaniu 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 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:
 - 1) z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana, przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego oraz wykonania tej umowy;
 - 1a) z zakresu rehabilitacji leczniczej w części dotyczącej świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy;

- 1b) z zakresu leczenia stomatologicznego w części dotyczącej świadczeń udzielanych w dentobusie oraz świadczeń udzielanych uczniom w gabinecie dentystycznym w szkole lub w gabinecie dentystycznym prowadzonym przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym organ prowadzący szkołę zawarł porozumienie, o którym mowa w art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy;
- 2) zawieranej w ramach systemu zabezpieczenia, w kwocie zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, obejmuje się ryczałt systemu zabezpieczenia oraz wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania, z zastrzeżeniem art. 132 ust. 5[.] <;>
- <3) w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. 139a, przed upływem 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, nie może zostać zwiększona kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, z tytułu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji.>**

<Art. 139a.

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

Art. 148.

1. Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:
 - 1) jakości,
 - 2) kompleksowości,
 - 3) dostępności,
 - 4) ciągłości,

5) ceny

- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

[2. Przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca:

1) przekazał Agencji w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2;

2) posiada ważną pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, albo ważną pozytywną opinię w sprawie protestu.]

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

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 149.

1. Odrzuca się ofertę:

1) złożoną przez świadczeniodawcę po terminie;

2) zawierającą nieprawdziwe informacje;

3) jeżeli świadczeniodawca nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej;

4) jeżeli zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia;

5) jeżeli jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów;

6) jeżeli świadczeniodawca złożył ofertę alternatywną;

7) jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2;

8) złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez Fundusz umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez

zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy[.]

<;>

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

1.>

2. W przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 1, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem.
3. W przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty.

U S T A W A z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, 567, 1291 i 1493)

Art. 16h.

1. Lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentur, w tym dyżury medyczne objęte programem specjalizacji, na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas wymagany do zrealizowania wszystkich elementów programu specjalizacji, nie dłuższy niż określony w programie specjalizacji. W umowie określa się dzień rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego.
 - 1a. Umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana na podstawie informacji zawartych w skierowaniu przekazanym, za pomocą SMK, do jednostki, w której lekarz ma odbywać szkolenie specjalizacyjne.
 - 1b. W przypadku gdy umowa o pracę w ramach rezydentury jest zawierana w wyniku zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego na rezydenturę albo przeniesienia szkolenia specjalizacyjnego do innej jednostki, podstawą do jej zawarcia są informacje o trybie odbywania szkolenia specjalizacyjnego zamieszczone przez wojewodę w EKS lekarza.
 - 1c. W przypadku przedłużenia okresu trwania szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury, o którym mowa w art. 16i ust. 1-3, podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne zawiera z lekarzem umowę o pracę na czas określony, odpowiadający sumie okresów przedłużających szkolenie specjalizacyjne. Informację o przedłużeniu

szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydenckim zamieszcza w EKS kierownik podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne.

- 1d. W przypadku niezrealizowania szkolenia specjalizacyjnego w terminie, na jaki została zawarta umowa o pracę w ramach rezydentury, lekarz może kontynuować odbywanie tego szkolenia w trybie określonym w ust. 2, z zastrzeżeniem art. 161 ust. 3, po uzyskaniu zgody właściwego wojewody. Informację o przedłużeniu szkolenia specjalizacyjnego w trybie określonym w ust. 2 zamieszcza w EKS wojewoda.
2. Lekarz, na swój wniosek, może również odbywać szkolenie specjalizacyjne, w tym dyżury medyczne, w ramach wolnych miejsc szkoleniowych w trybie pozarezydenckim:
- 1) na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w wymiarze odpowiadającym wymiarowi pełnoetatowego zatrudnienia, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne w danej dziedzinie medycyny, w której określa się tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego;
 - 2) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania szkolenia specjalizacyjnego oraz umowy o szkolenie zawartej z jednostką akredytowaną;
 - 3) na podstawie umowy o pracę zawartej z innym podmiotem niż podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne, zapewniającej realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonywanie ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu specjalizacji w czasie pracy dopuszczonym przepisami o działalności leczniczej i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu w podmiocie prowadzącym szkolenie specjalizacyjne lub odpowiednio w podmiocie prowadzącym staż kierunkowy;
 - 4) na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego i zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania, z zastrzeżeniem, że określona w umowie wysokość wynagrodzenia nie może być niższa niż wysokość minimalnej stawki godzinowej za pracę ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2018 r. poz. 2177 oraz z 2019 r. poz. 1564);

- 5) w ramach poszerzenia zajęć programowych kształcenia w szkole doktorskiej o program specjalizacji odbywanej w tej samej jednostce zgodny z zakresem tego kształcenia i w ramach udzielonego płatnego urlopu szkoleniowego albo urlopu bezpłatnego i umowy o szkolenie specjalizacyjne zawartej z jednostką akredytowaną, a po ukończeniu tego kształcenia - w trybie określonym w ust. 1 lub ust. 2 pkt 1-4;
- 6) w przypadku lekarza i lekarza dentystry będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej - na podstawie umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne, w której określa się szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego, z uwzględnieniem specyfiki służby wojskowej i potrzeb obronności kraju, oraz zakres wzajemnych zobowiązań na czas jego trwania, z zastrzeżeniem, że określona w umowie wysokość wynagrodzenia nie może być niższa niż wysokość minimalnej stawki godzinowej ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Żołnierz otrzymujący wynagrodzenie z tytułu umowy cywilnoprawnej zachowuje prawo do uposażenia wraz z dodatkami o charakterze stałym, otrzymywanego na podstawie przepisów o zawodowej służbie wojskowej i uposażeniu żołnierzy. Przepisów art. 56 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 11 września 2003 r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych nie stosuje się.
3. Lekarz niebędący obywatelem polskim odbywa szkolenie specjalizacyjne na zasadach obowiązujących obywateli polskich.
4. Lekarz będący żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, a także lekarz zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym i nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej albo komórce lub jednostce organizacyjnej podległej temu ministrowi, odbywa szkolenie specjalizacyjne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16x ust. 2.
5. Lekarz będący funkcjonariuszem w stosunku służby w jednostkach organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub pełniący służbę w podmiocie leczniczym utworzonym przez tego ministra odbywa szkolenie specjalizacyjne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16x ust. 3.
6. Lekarz będący funkcjonariuszem Służby Więziennej lub zatrudniony w podmiocie leczniczym utworzonym przez Ministra Sprawiedliwości lub organy Służby Więziennej odbywa szkolenie specjalizacyjne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 16x ust. 4.
7. (uchylony).

8. Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury, może zmienić miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego nie wcześniej niż po upływie roku od dnia zakwalifikowania się do odbywania tego szkolenia specjalizacyjnego, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Przepisu ust. 8 nie stosuje się, jeżeli jednostka organizacyjna, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne, uległa likwidacji lub przestała spełniać wymagania, o których mowa w art. 19f ust. 2.
10. Wojewoda, minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw wewnętrznych, Minister Obrony Narodowej, jednostka prowadząca szkolenie specjalizacyjne w celu wykonywania zadań związanych z realizacją szkolenia specjalizacyjnego lekarzy i lekarzy dentystów przetwarzają dane lekarzy i lekarzy dentystów, zgodnie ze swoją właściwością i w zakresie wynikającym z realizacji zadań określonych w ustawie.

[11. Dane dotyczące powodów i okresów absencji w pracy, orzeczeń o stanie zdrowia i niepełnosprawności oraz trybu rozwiązania umowy o pracę nie mogą być przetwarzane w celu innym niż finansowanie szkolenia specjalizacyjnego, przedłużania szkolenia specjalizacyjnego i nadzoru nad odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego, a dostęp do nich mogą mieć wyłącznie osoby posiadające pisemne upoważnienie do przetwarzania tych danych wydane przez wojewodę, ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Obrony Narodowej lub jednostkę prowadzącą szkolenie specjalizacyjne. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są obowiązane do zachowania poufności tych danych.]

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

Osoby posiadające pisemne upoważnienie są obowiązane do zachowania poufności tych danych.>

12. Umowa, o której mowa w ust. 1 i 2, może zawierać finansowy dodatek motywacyjny przyznany przez podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne na okres tego szkolenia.

Art. 16j.

1. Rezydentura jest przyznawana i finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem.
- 1a. W roku 2012 rezydentura jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
- 1b. W roku 2013 rezydentura jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
- 1c. W roku 2014 rezydentura jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
- 1d. W roku 2015 rezydentura jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków budżetu państwa do wysokości 60,75 mln zł oraz ze środków Funduszu Pracy.
- 1e. W roku 2016 rezydentura jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków budżetu państwa do wysokości 182 943 tys. zł oraz ze środków Funduszu Pracy.
- 1f. W roku 2017 rezydentura jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
- 1g. W roku 2018 rezydentura jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
- 1h. W roku 2019 rezydentura jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.
- 1i. W roku 2020 rezydentura jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
- [2. *Środki finansowe niezbędne do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w trybie rezydentury, w tym dyżurów medycznych, w ramach realizacji programu specjalizacji do wysokości nieprzekraczającej stawki określonej w art. 151¹ § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, przez lekarzy, którzy zostali zakwalifikowani do jej odbywania lub odbywają ją w tym trybie, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje na podstawie umowy zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne*

zatrudniającym tych lekarzy. Umowa ta określa wysokość środków i ich przeznaczenie oraz, jeżeli dotyczy, zobowiązanie podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne do przekazania środków na wynagrodzenie lekarzy odbywających staż kierunkowy poza tym podmiotem.

2a. *Przygotowanie i realizacja umów, o których mowa w ust. 2, odbywa się w SMK.]*

<2. Środki przeznaczone na finansowanie rezydentur, obejmujące:

- 1) **wynagrodzenia zasadnicze lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim ustalone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5, z uwzględnieniem ust. 2b,**
- 2) **wynagrodzenia za dyżury medyczne pełnione przez lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim w ramach programu specjalizacji w wysokości nieprzekraczającej stawki określonej w art. 151¹ § 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, przy czym normalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 151¹ § 1 ust. 1 tej ustawy, oznacza wynagrodzenie zasadnicze, o którym mowa w pkt 1,**
- 3) **składki na ubezpieczenie społeczne, płatne przez podmiot prowadzący szkolenie specjalizacyjne zatrudniający lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, zwany dalej „podmiotem prowadzącym rezydenturę”, naliczone od wynagrodzeń, o których mowa w pkt 1, 2 i 8,**
- 4) **składki na Fundusz Pracy naliczone od wynagrodzeń, o których mowa w pkt 1, 2 i 8,**
- 5) **składki na Fundusz Emerytur Pomostowych naliczone od wynagrodzeń, o których mowa w pkt 1, 2 i 8, w przypadku gdy są one płacone przez podmiot prowadzący rezydenturę,**
- 6) **wynagrodzenia za urlop wypoczynkowy lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim, przy czym podstawę do jego wyliczenia stanowi wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze, o którym mowa w pkt 1,**
- 7) **wynagrodzenia lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim za czas niezdolności do pracy, o których mowa w art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy, przy czym do podstawy wymiaru przyjmuje się wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze tego lekarza, o którym mowa w pkt 1,**
- 8) **w uzasadnionych przypadkach – ekwiwalent za niewykorzystany przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim urlop wypoczynkowy,**

przy czym podstawę do wyliczenia ekwiwalentu stanowi wyłącznie wynagrodzenie zasadnicze, o którym mowa w pkt 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14) inne dane mające wpływ na okres trwania rezydentury lub wysokość wydatków, o których mowa w ust. 2, ponoszonych przez podmiot prowadzący rezydenturę.>

2b. Lekarz albo lekarz dentyista odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim może zobowiązać się do wykonywania odpowiednio zawodu lekarza albo lekarza dentyisty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie 2 lat z 5 kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu, i otrzymać w zamian wynagrodzenie zasadnicze wyższe niż określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 5 o kwotę:

- 1) 700 zł miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w priorytetowej dziedzinie medycyny, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 4;
- 2) 600 zł miesięcznie, w przypadku szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa.

2c. Deklarację dotyczącą zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lekarz składa na piśmie do podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne zatrudniającego lekarza.

2d. Deklaracja, o której mowa w ust. 2c, zawiera:

- 1) imię (imiona) i nazwisko lekarza;
- 2) nazwisko rodowe;
- 3) numer PESEL, a w przypadku jego braku - cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
- 4) nazwę specjalizacji;
- 5) numer prawa wykonywania zawodu;
- 6) oświadczenie lekarza, że zobowiązuje się do wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu;
- 7) zobowiązanie do zapłaty kary określonej zgodnie z ust. 2l;
- 8) datę i podpis lekarza składającego deklarację.

- 2e. Zwiększone wynagrodzenie zasadnicze przysługuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz złożył deklarację, o której mowa w ust. 2c.
- 2f. Podmiot, o którym mowa w ust. 2c, w terminie:
- 1) 5 dni roboczych od dnia złożenia deklaracji, o której mowa w ust. 2c, przekazuje jej oryginał do właściwego ze względu na miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego wojewody;
 - 2) 14 dni od dnia rozwiązania umowy o pracę, o której mowa w art. 16h ust. 1, przesyła wojewodzie informacje o okresie pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b.
- 2g. W przypadku pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b, w okresie krótszym niż okres szkolenia specjalizacyjnego, dwuletni okres wykonywania zawodu, o którym mowa w ust. 2b, ulega proporcjonalnemu skróceniu.
- 2h. Wojewoda, który potwierdził zakończenie szkolenia specjalizacyjnego, niezwłocznie zawiadamia lekarza na piśmie o okresie realizacji zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b albo 2g.
- 2i. Do okresu szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ust. 2g, nie wlicza się okresów nieobecności lekarza w pracy w przypadkach określonych w art. 16l ust. 1 i 2.
- 2j. Lekarz, o którym mowa w ust. 2b, jest obowiązany niezwłocznie przekazać wojewodzie, który potwierdził mu zakończenie szkolenia specjalizacyjnego, pisemną informację o:
- 1) okresach i miejscach realizacji zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b albo 2g;
 - 2) terminie zakończenia realizacji zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b albo 2g;
 - 3) zamiarze wykonywania zawodu lekarza poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) podmiocie wykonującym działalność leczniczą, w którym realizowane jest zobowiązanie, oraz każdorazowej jego zmianie.
- 2k. Podmioty, w których był zatrudniony lekarz, lub Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku lekarzy wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, które zawarły z nim umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wystawiają na wniosek lekarza zaświadczenie, w którym potwierdzają okres oraz wymiar czasu, w którym udzielał on świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących realizację zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b albo 2g. Lekarz jest obowiązany dostarczyć, do właściwego wojewody, zaświadczenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, w terminie 60 dni od zakończenia realizacji zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b albo 2g.

- 2l. W przypadku niewywiązania się z zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, lub zaprzestania realizacji programu specjalizacji, lekarz jest obowiązany do zapłaty kary w wysokości równej 75% iloczynu liczby miesięcy pobierania zwiększonego wynagrodzenia zasadniczego, o którym mowa w ust. 2b, oraz kwoty odpowiednio 700 zł, w przypadku gdy lekarz ten odbywał szkolenie specjalizacyjne w priorytetowej dziedzinie medycyny, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 16g ust. 4, albo 600 zł, w przypadku gdy lekarz ten odbywał szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny innej niż priorytetowa.
- 2m. Za zaprzestanie realizacji programu specjalizacji nie uznaje się zmiany specjalizacji wynikającej:
- 1) ze zmiany dziedziny, w ramach której odbywa się szkolenie specjalizacyjne, o której mowa w art. 16ea ust. 3;
 - 2) z orzeczenia lekarskiego, o którym mowa w art. 16ea ust. 6, jeżeli lekarz zostanie ponownie zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w innej dziedzinie medycyny oraz złoży ponownie deklarację, o której mowa w ust. 2c, w terminie nie dłuższym niż po ogłoszeniu wyników drugiego kolejnego postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w art. 16c ust. 7, od dnia skreślenia przez wojewodę lekarza z rejestru lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne. Przepisy ust. 2b-2t stosuje się odpowiednio.
- 2n. Kara, o której mowa w ust. 2l, ulega zmniejszeniu proporcjonalnie do okresu, w jakim lekarz wykonywał zawód zgodnie z zobowiązaniem, o którym mowa w ust. 2b albo 2g.
- 2o. Kara, o której mowa w ust. 2l, stanowi niepodatkową należność budżetową o charakterze publicznoprawnym w rozumieniu art. 60 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869, 1622, 1649, 2020 i 2473 oraz z 2020 r. poz. 284).
- 2p. Zapłaty kary, o której mowa w ust. 2l, należy dokonać na rachunek urzędu obsługującego właściwego wojewodę, w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji w przedmiocie nałożenia kary, o której mowa w ust. 2l. Środki z tego tytułu stanowią dochód budżetu państwa.
- 2q. Od decyzji właściwego wojewody w przedmiocie nałożenia kary, o której mowa w ust. 2l, przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy do tego wojewody. Do wniosku tego stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego dotyczące odwołań od decyzji.
- 2r. W przypadku zmiany miejsca odbywania specjalizacji wojewoda wraz ze skierowaniem do kontynuowania specjalizacji przekazuje podmiotowi, do którego kieruje lekarza

rezydenta, kopię złożonej deklaracji, o której mowa w ust. 2c, a w przypadku zmiany miejsca odbywania szkolenia specjalizacyjnego na miejsce poza terenem województwa przekazuje oryginał tej deklaracji do wojewody właściwego terytorialnie dla nowego miejsca odbywania specjalizacji.

- 2s. Wojewoda, który potwierdził lekarzowi ukończenie szkolenia specjalizacyjnego, sprawuje nadzór nad realizacją zobowiązania, o którym mowa w ust. 2b, w tym wydaje decyzję w przedmiocie nałożenia kary, o której mowa w ust. 2l.
- 2t. Lekarz może złożyć rezygnację z pobierania wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 2b. Oświadczenie lekarza o rezygnacji z pobierania wynagrodzenia powoduje odpowiednie obniżenie wynagrodzenia zasadniczego począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz złożył rezygnację.
3. Lekarz, który odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
4. Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 3, podlega różnicowaniu ze względu na:
 - 1) dziedzinę medycyny, w której lekarz odbywa szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, ze szczególnym uwzględnieniem dziedzin uznanych za priorytetowe;
 - 2) rok odbywanego przez lekarza szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, z podziałem na wynagrodzenie w poszczególnych dziedzinach medycyny, w których jest odbywane szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, kierując się koniecznością zapewnienia dostępności świadczeń specjalistycznych dla pacjentów.

Art. 19h.

1. Nadzór nad realizacją szkolenia specjalizacyjnego sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.
 2. Nadzorowi podlega w szczególności:
 - 1) zgodność realizacji zajęć z programem specjalizacji;
 - 2) prawidłowość prowadzonej dokumentacji przebiegu szkolenia specjalizacyjnego;
- <2a) prawidłowość finansowania rezydentur, w tym wniosków, o których mowa w art. 16j ust. 2;>**
-

- 3) zapewnienie odpowiedniej jakości szkolenia specjalizacyjnego;
- 4) spełnienie warunków, o których mowa w art. 19f ust. 2.
3. W ramach nadzoru, o którym mowa w ust. 1, przeprowadza się kontrolę i monitoruje realizację szkolenia specjalizacyjnego.
4. Czynności, o których mowa w ust. 3, wykonuje dyrektor CMKP.
5. Dyrektor CMKP na podstawie przeprowadzonych czynności kontrolnych oraz dostępnych form monitorowania systemu specjalizacji opracowuje raport o stanie realizacji szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich dziedzinach medycyny w danym roku i przedstawia go ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
6. CMKP prowadzi cykliczne szkolenia w zakresie wiedzy na temat systemu specjalizacji, przeznaczone dla kierowników specjalizacji, kadry kierowniczej jednostek prowadzących szkolenia specjalizacyjne oraz przedstawicieli wojewody finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

<Art. 19ia.

- 1. Kontrolę dotyczącą rozliczenia środków przeznaczonych na finansowanie rezydentur przeprowadza zespół kontrolny powoływany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w skład którego wchodzi pracownicy urzędu obsługującego tego ministra.**
 - 2. Zespół kontrolny, w składzie co najmniej 3-osobowym, wykonując czynności kontrolne, za okazaniem upoważnienia, ma prawo:**
 - 1) wglądu do wszystkich dokumentów, w tym dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej, dotyczącej rozliczenia środków przeznaczonych na finansowanie rezydentur;**
 - 2) żądania od kierownika podmiotu prowadzącego rezydenturę ustnych i pisemnych wyjaśnień.**
 - 2. Do kontroli, o której mowa w ust. 1, stosuje się art. 19i ust. 3–9.**
 - 3. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje kierownikowi podmiotu prowadzącego rezydenturę zalecenia pokontrolne dotyczące stwierdzenia nieprawidłowości w trakcie kontroli i zobowiązuje go do usunięcia tych nieprawidłowości w wyznaczonym terminie.**
 - 4. W przypadku niezrealizowania zaleceń pokontrolnych w określonym terminie, minister właściwy do spraw zdrowia zawiadamia o tym dyrektora CMKP, który podejmuje decyzję o skreśleniu podmiotu prowadzącego rezydenturę z listy**
-

zawierającej wykaz jednostek uprawnionych do kształcenia specjalizacyjnego. Od decyzji przysługuje wnioszek o ponowne rozpatrzenie sprawy.>

U S T A W A z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567 i 1493)

Art. 115.

1. Na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1 i 4-7, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać środki finansowe na podstawie umowy zawartej:
 - 1) ze Skarbem Państwa, reprezentowanym przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę, a także z jednostką samorządu terytorialnego lub z uczelnią medyczną;
 - 2) z innym podmiotem uprawnionym do finansowania tych zadań na podstawie odrębnych przepisów.
2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do decyzji, o której mowa w art. 5 pkt 9 ustawy z dnia 6 grudnia 2006 r. o zasadach prowadzenia polityki rozwoju (Dz. U. z 2019 r. poz. 1295 i 2020) oraz w art. 2 pkt 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2018 r. poz. 1431 i 1544 oraz z 2019 r. poz. 60, 730, 1572 i 2020).
3. Na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 1-6, podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą uzyskać od podmiotu, o którym mowa w ust. 1, z wyjątkiem uczelni medycznej, dotację w rozumieniu przepisów o finansach publicznych, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Dotację, o której mowa w ust. 3, na realizację zadań, o których mowa w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3, może przyznać:
 - 1) minister właściwy do spraw zdrowia:
 - a) spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego,
 - b) *spółce kapitałowej wykonującej działalność leczniczą, w której uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego,*
 - c) samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest minister właściwy do spraw zdrowia albo uczelnia medyczna;

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

- a) spółce kapitałowej, w której reprezentowany przez niego Skarb Państwa posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego,
- b) samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej, dla którego jest podmiotem tworzącym.

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

<4a. Podmiot leczniczy może uzyskać dotację od podmiotów, o których mowa w ust. 4, oraz jednostek samorządu terytorialnego, na realizację zadania, o którym mowa w art. 114 ust. 1 pkt 2 i 3, jeżeli dla inwestycji, przy pomocy której ma być realizowane dane zadanie, została wydana pozytywna opinia, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, chyba że opinia ta nie jest wymagana na podstawie przepisów tej ustawy.>

- 4b. Podmiot leczniczy ubiegający się o dotację, o której mowa w ust. 4, przedkłada właściwemu organowi pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z wnioskiem o dotację.
5. Do warunków i trybu przekazywania środków publicznych na podstawie umowy, o której mowa w ust. 1, nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.
6. Dotacja, o której mowa w ust. 3, niewykorzystana, wykorzystana niezgodnie z przeznaczeniem, pobrana nienależnie lub w nadmiernej wysokości podlega zwrotowi na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych.

U S T A W A z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702, 1493 i 1875)

Art. 30.

1. System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych jest systemem teleinformatycznym, którego zadaniem jest:

- 1) gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- 2) monitorowanie kształcenia podyplomowego pracowników medycznych;
- 3) monitorowanie przebiegu kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych;
- 4) wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych;

[5) wsparcie przygotowania i realizacji umów, o których mowa w art. 16j ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w ramach modułu System Informatyczny Rezydentur.]

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

2. W Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych są przetwarzane dane określone w przepisach wydanych na podstawie:

- 1) art. 74 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej;
- 2) art. 14f ust. 1, art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1, art. 16p ust. 6 i art. 16x ust. 1-4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- 3) art. 107zc ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne;
- 4) art. 30zb ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej;
- 5) art. 10g ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 6) art. 46 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 786 i 2194).

2a. W Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych są przetwarzane również dane, w zakresie wskazanym w:

- 1) art. 7b, art. 14d, art. 14e, art. 16, art. 16c, art. 16e, art. 16f, art. 16j, art. 16l-16rb, art. 16s, art. 16u, art. 16w, art. 18, art. 19f i art. 19g ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- 2) art. 30b-30j, art. 30l-30q, art. 30u-30za i art. 30zc-30zf ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej;

- 3) art. 107a, art. 107c-107i, art. 107k-107p, art. 107z-107zb i art. 107ze-107zg ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne;
 - 4) art. 67, art. 71-73, art. 76-79 i art. 82 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej;
 - 5) art. 10b-10g ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
3. Administratorem danych przetwarzanych w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych jest minister właściwy do spraw zdrowia.
 4. Administratorem systemu jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.
 5. Warunkiem dokonywania przez osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów czynności w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych jest założenie konta w tym systemie, uwierzytelnienie tożsamości osoby, która konto założyła i weryfikacja uprawnień tej osoby określonych tymi przepisami.

Art. 31a.

1. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest systemem teleinformatycznym, w którym są przetwarzane dane niezbędne do wydawania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia zawiera dane, o których mowa w art. 95e ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- [3. Za pośrednictwem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest generowany wniosek, o którym mowa w art. 95e ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z formularzem Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, o którym mowa w art. 95e ust. 3 pkt 6 tej ustawy, i jego numerem.]*
- <3. Za pośrednictwem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest generowany wniosek, o którym mowa w art. 95e ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.>**
4. Podmiotami uprawnionymi do przetwarzania danych w systemie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia, w zakresie zadań wynikających z art.

95d-95g i art. 95i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są:

- 1) podmiot wnioskujący, o którym mowa w art. 95e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) minister właściwy do spraw zdrowia;
- 3) wojewoda;
- 4) Prezes Funduszu;
- 5) dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.
5. Administratorem systemu Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.
6. Administratorem danych przetwarzanych w systemie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia jest minister właściwy do spraw zdrowia.

U S T A W A z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1291 i 1493)

[Art. 12.

Do postępowań dotyczących uznania tytułu specjalisty, o którym mowa w art. 16n ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, oraz potwierdzenia dyplomu felczera, o którym mowa w art. 1 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu dotychczasowym, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.]

<Art. 12.

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

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

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

– stosuje się przepisy dotychczasowe.

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

Art. 26.

Dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych uruchomi bazę pytań, o której mowa w:

- 1) art. 14e ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą - do dnia 15 października 2020 r.;
- 2) art. 16pe ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1 - najpóźniej na 4 miesiące przed planowanym Państwowym Egzaminem Modułowym w określonej dziedzinie medycyny;
- 3) art. 16rc ust. 4a ustawy zmienianej w art. 1 – *[do dnia 31 grudnia 2020 r.] <z dniem 31 grudnia 2022 r.>*

Art. 28.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

1) art. 1:

- a) pkt 2 lit. b w zakresie art. 3 ust. 5 pkt 3 oraz lit. c w zakresie art. 3 ust. 8 pkt 3, które wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia,
- b) pkt 2 lit. b w zakresie art. 3 ust. 5 pkt 9 oraz lit. c w zakresie art. 3 ust. 8 pkt 9, pkt 13 lit. c i e, które wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2020 r.,
- c) pkt 4 lit. a tiret trzecie i lit. b, pkt 5 i 6, pkt 7 w zakresie art. 7 ust. 1 pkt 1 lit. b, pkt 14, pkt 28 lit. b, pkt 32 lit. a, *[pkt 40,]* pkt 42 lit. a oraz pkt 45, 57-62 i 66, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.,
- d) 1 pkt 2 lit. b w zakresie art. 3 ust. 5 pkt 5, 7 i 8 oraz lit. c w zakresie art. 3 ust. 8 pkt 5, 7 i 8, pkt 21 lit. e, pkt 22 lit. a w zakresie art. 16c ust. 1 pkt 1, lit. b, lit. c w zakresie art. 16c ust. 2 pkt 17-19, lit. d-h, lit. m-r, lit. s w zakresie art. 16c ust. 17e i 17g, pkt 23, pkt 25 lit. c w zakresie art. 16f ust. 3 pkt 1, pkt 2 lit. c-e, f i j, pkt 2a i pkt 3, pkt 26 lit. a, pkt 29 lit. f, pkt 32 lit. b i c, pkt 37, pkt 44 oraz pkt 51 lit. a tiret trzecie, lit. b i lit. c w zakresie art. 19f ust. 9a i 9b, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.*[;] <, >*

<e) pkt 40, który wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2022 r.;>

2) art. 3 i art. 4, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.