

Materiał porównawczy
do ustawy z dnia 18 marca 2011 r.
o działalności leczniczej
(druk nr 1150)

USTAWA z dnia 20 lipca 1950 r. O ZAWODZIE FELCZERA (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 531, z późn. zm.)

Art. 2.

1. Wykonywanie zawodu felczera polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w szczególności:

- 1) badaniu stanu zdrowia;
- 2) rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im;
- 3) udzielaniu pomocy w stanach zagrożenia życia i zdrowia;
- 4) wykonywaniu czynności z zakresu medycyny pracy, zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych;
- 5) sprawowaniu nadzoru nad artykułami żywnościowymi i produktami użytkowymi;
- 6) stwierdzaniu zgonów;
- 7) udziale w procesie leczenia pod nadzorem lub przy współpracy z lekarzem.

[2. Czynności określone w ust. 1 felczer wykonuje:

- 1) w publicznych zakładach opieki zdrowotnej pod kierunkiem lekarza;
- 2) w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej samodzielnie;
- 3) w utworzonych punktach felczerskich samodzielnie.]

<2. Czynności określone w ust. 1 felczer wykonuje samodzielnie w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej albo w utworzonym punkcie felczerskim.>

3. Przepis ust. 2 nie dotyczy czynności, związanych z udzielaniem pomocy w nagłych wypadkach.

Art. 3.

1. Felczerowi, wykonującemu zawód ponad trzy lata, przysługuje tytuł starszego felczera.

[2. Starszy felczer czynności określone w art. 2 ust. 1 wykonuje samodzielnie w zakładach opieki zdrowotnej.]

<2. Starszy felczer czynności określone w art. 2 ust. 1 wykonuje samodzielnie w podmiocie leczniczym.>

3. (uchylony).

4. (uchylony).

USTAWA z dnia 17 listopada 1964 r. – KODEKS POSTĘPOWANIA CYWILNEGO (Dz. U. Nr 43, poz. 296, z późn. zm.)

Art. 829.

Nie podlegają egzekucji:

- 1) przedmioty urządzenia domowego, pościel, bielizna i ubranie codzienne, niezbędne dla dłużnika i będących na jego utrzymaniu członków jego rodziny, a także ubranie niezbędne do pełnienia służby lub wykonywania zawodu;
- 2) zapasy żywności i opału niezbędne dla dłużnika i będących na jego utrzymaniu członków jego rodziny na okres jednego miesiąca;
- 3) jedna krowa lub dwie kozy albo trzy owce potrzebne do wyżywienia dłużnika i będących na jego utrzymaniu członków jego rodziny wraz z zapasem paszy i ściółki do najbliższych zbiorów;
- 4) narzędzia i inne przedmioty niezbędne do osobistej pracy zarobkowej dłużnika oraz surowce niezbędne dla niego do produkcji na okres jednego tygodnia, z wyłączeniem jednak pojazdów mechanicznych;
- 5) u dłużnika pobierającego okresową stałą płacę - pieniądze w kwocie, która odpowiada nie podlegającej egzekucji części płacy za czas do najbliższego terminu wypłaty, a u dłużnika nie otrzymującego stałej płacy - pieniądze niezbędne dla niego i jego rodziny na utrzymanie przez dwa tygodnie;
- 6) przedmioty niezbędne do nauki, papiery osobiste, odznaczenia i przedmioty służące do wykonywania praktyk religijnych oraz przedmioty codziennego użytku, które mogą być sprzedane tylko znacznie poniżej ich wartości, a dla dłużnika mają znaczną wartość użytkową;
- 7) środki pieniężne zgromadzone na rachunku bankowym, o którym mowa w art. 36 ust. 4a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o organizacji rynku mleka i przetworów mlecznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 244, poz. 2081, z 2006 r. Nr 50, poz. 363 i Nr 208, poz. 1541 oraz z 2007 r. Nr 115, poz. 794);
- [8) produkty lecznicze w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.) niezbędne do funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) przez okres trzech miesięcy oraz niezbędne do jego funkcjonowania wyroby medyczne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 93, poz. 896, z 2005 r. Nr 64, poz. 565, z 2007 r. Nr 176, poz. 1238 oraz z 2008 r. Nr 157, poz. 976).]*
- <8) produkty lecznicze w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.) niezbędne do funkcjonowania podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej przez okres trzech miesięcy oraz niezbędne do jego funkcjonowania wyroby medyczne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679).>**

USTAWA z dnia 21 listopada 1967 r. O POWSZECHNYM OBOWIĄZKU OBRONY
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. z 2004 r. Nr 241, poz. 2416, z późn. zm.)

Art. 6.

1. Do zadań Rady Ministrów wykonywanych w ramach zapewniania zewnętrznego bezpieczeństwa państwa i sprawowania ogólnego kierownictwa w dziedzinie obronności kraju należy w szczególności:
 - 1) opracowywanie projektów strategii bezpieczeństwa narodowego;
 - 2) planowanie i realizacja przygotowań obronnych państwa zapewniających jego funkcjonowanie w razie zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa i w czasie wojny, w tym planowanie przedsięwzięć gospodarczo-obronnych oraz zadań wykonywanych na rzecz Sił Zbrojnych i wojsk sojusznicznych;
 - 3) przygotowywanie systemu kierowania bezpieczeństwem narodowym, w tym obroną państwa, i organów władzy publicznej do funkcjonowania na stanowiskach kierowania;
 - 4) utrzymywanie stałej gotowości obronnej państwa, wnioskowanie do Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o jej podwyższenie w razie zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa i w czasie wojny oraz o jej obniżenie stosownie do zmniejszania stopnia zagrożenia;
 - 5) określanie obiektów szczególnie ważnych dla bezpieczeństwa państwa, w tym obronności, oraz przygotowywanie ich szczególnej ochrony;
 - 6) przygotowanie na potrzeby obronne państwa i utrzymywanie w stałej gotowości jednolitych systemów obserwacji, pomiarów, analiz, prognozowania i powiadamiania;
 - 7) przygotowanie systemu stałych dyżurów na czas zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny;
 - 8) określanie zasad wykorzystania służby zdrowia i infrastruktury technicznej państwa na potrzeby obronne, w tym sposobu zabezpieczania przestrzeni powietrznej i wód terytorialnych w razie zewnętrznego zagrożenia bezpieczeństwa i w czasie wojny;
 - 9) zapewnianie funkcjonowania systemu szkolenia obronnego w państwie;
 - 10) prowadzenie kontroli stanu przygotowań obronnych w państwie.
2. Rada Ministrów określa, w drodze rozporządzenia, tryb realizacji zadań, o których mowa w ust. 1, w szczególności:
 - 1) warunki i tryb planowania i finansowania zadań wykonywanych w ramach przygotowań obronnych państwa realizowanych przez organy administracji rządowej i organy samorządu terytorialnego, sposób ich nakładania oraz właściwość organów w tych sprawach, w tym ujętych w planowaniu operacyjnym i programach obronnych;
 - 2) organizację i tryb przygotowania systemu kierowania bezpieczeństwem narodowym, w tym obroną państwa, oraz warunki funkcjonowania organów władzy publicznej na stanowiskach kierowania;
 - 3) stany gotowości obronnej państwa, ich rodzaje, warunki wprowadzania, zadania związane z podwyższaniem gotowości obronnej państwa i tryb ich realizacji, organizację i zadania w zakresie tworzenia systemu stałych dyżurów na potrzeby

podwyższania gotowości obronnej państwa oraz właściwość organów w tych sprawach;

- 4) obiekty szczególnie ważne dla bezpieczeństwa i obronności państwa, ich kategorie, a także zadania w zakresie ich szczególnej ochrony oraz właściwość organów w tych sprawach;
- 5) organizację i warunki przygotowania oraz sposób funkcjonowania systemów obserwacji, pomiarów, analiz, prognozowania i powiadamiania o skażeniach na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz właściwość organów w tych sprawach;
- 6) warunki i sposób przygotowania i wykorzystania transportu morskiego, kolejowego, samochodowego, lotniczego, żeglugi śródlądowej oraz infrastruktury drogowej i kolejowej na potrzeby obronne państwa, a także ich ochrony w czasie wojny oraz właściwość organów w tych sprawach;
- 7) warunki i sposób przygotowania i wykorzystania systemów łączności na potrzeby obronne państwa oraz właściwość organów w tych sprawach;

[8) warunki i sposób przygotowania i wykorzystania publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa oraz właściwość organów w tych sprawach;]

<8) warunki i sposób przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej na potrzeby obronne państwa oraz właściwość organów w tych sprawach;>

- 9) organizację szkolenia obronnego w państwie, podmioty objęte tym szkoleniem, zadania w zakresie planowania i realizacji szkolenia obronnego oraz właściwość organów w tych sprawach;
- 10) zakres i sposób prowadzenia przez organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego kontroli realizacji zadań obronnych wykonywanych przez jednostki organizacyjne i przedsiębiorców.

Art. 30.

[1. Zakłady opieki zdrowotnej udzielają zwolnienia od pracy, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, lekarzom wchodzącym w skład powiatowych i wojewódzkich komisji lekarskich oraz pracownikom średniego personelu medycznego wyznaczonym do powiatowych komisji lekarskich w razie konieczności ich udziału w pracach komisji w godzinach pracy zawodowej.]

<1. Podmioty lecznicze udzielają zwolnienia od pracy, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia, lekarzom wchodzącym w skład powiatowych i wojewódzkich komisji lekarskich oraz pracownikom średniego personelu medycznego wyznaczonym do powiatowych komisji lekarskich w razie konieczności ich udziału w pracach komisji w godzinach pracy zawodowej.>

2. Osobom wchodzącym w skład komisji lekarskich, o których mowa w ust. 1, orzekających o stopniu zdolności do czynnej służby wojskowej osób stawiających się do kwalifikacji wojskowej, oraz pracownikom średniego personelu medycznego, o których mowa w ust. 1, przysługuje dodatkowe wynagrodzenie za pracę związaną z określeniem zdolności tych osób do czynnej służby wojskowej, wykonywaną poza godzinami pracy zawodowej, z zachowaniem prawa do wynagrodzenia zgodnie z ust. 1.
3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania dodatkowego wynagrodzenia osób wchodzących w skład komisji lekarskich orzekających o stopniu

zdolności do czynnej służby wojskowej osób stawiających się do kwalifikacji wojskowej oraz pracowników średniego personelu medycznego wyznaczonych do powiatowych komisji lekarskich. Wysokość wynagrodzenia za każdy dzień pracy nie może przekraczać 10 % przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych za kwartał poprzedzający wypłatę wynagrodzenia.

[4. Wojewodowie zlecają zakładom opieki zdrowotnej przeprowadzanie na potrzeby powiatowych i wojewódzkich komisji lekarskich badań specjalistycznych, w tym psychologicznych, oraz obserwacji szpitalnej osób stawiających się do kwalifikacji wojskowej.

4a. W razie niemożności zlecenia przeprowadzania badań specjalistycznych lub badań psychologicznych zakładom opieki zdrowotnej, wojewodowie mogą zawierać umowy o przeprowadzanie takich badań przez lekarzy prowadzących indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie lub grupowe praktyki lekarskie oraz przez psychologów.]

<4. Wojewodowie zlecają podmiotom leczniczym przeprowadzanie na potrzeby powiatowych i wojewódzkich komisji lekarskich badań specjalistycznych, w tym psychologicznych, oraz obserwacji szpitalnej osób stawiających się do kwalifikacji wojskowej.

4a. W razie niemożności zlecenia przeprowadzania badań specjalistycznych lub badań psychologicznych podmiotom leczniczym wojewodowie mogą zawierać umowy o przeprowadzanie takich badań przez lekarzy prowadzących indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie lub grupowe praktyki lekarskie oraz przez psychologów.>

4b. Przy powoływaniu powiatowych i wojewódzkich komisji lekarskich oraz do zamówień na realizację świadczeń, o których mowa w art. 30 ust. 4 i 4a oraz w art. 26 ust. 1a, nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych.

5. Koszty wynagrodzeń, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz badań specjalistycznych i obserwacji szpitalnej, o których mowa w ust. 4, pokrywa się z budżetu państwa, z części, którą dysponuje wojewoda.

Art. 56b.

1. Osoby, o których mowa w art. 56a, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:

- 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,
- 3) lekarza dentysty,
- 4) szpitala

[- w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących jednostkami budżetowymi tworzonymi i nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, albo będących zakładami opieki zdrowotnej utworzonymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.]

← w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących jednostkami budżetowymi tworzonymi i nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, posiadających w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, albo będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.>

2. W przypadku gdy osoby, o których mowa w ust. 1, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w ust. 1, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Koszty częściowej lub całkowitej odpłatności za leki wydawane osobom, o których mowa w art. 56a, na zasadach i w zakresie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
4. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i tryb finansowania kosztów leków, o których mowa w ust. 3, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.

Art. 69b.

1. Żołnierze, o których mowa w art. 69, na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, mają prawo wyboru:
 - 1) lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
 - 2) świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych,
 - 3) lekarza dentysty,
 - 4) szpitala

[- w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących zakładami opieki zdrowotnej utworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej.]

← w miejscu pełnienia służby, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, będących podmiotami leczniczymi utworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej.>

2. W przypadku gdy żołnierze, o których mowa w ust. 1, nie mogą uzyskać świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy określonego w ust. 1, mają prawo wyboru innego świadczeniodawcy spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Żołnierzom odbywającym zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe, kandydatom na żołnierzy zawodowych oraz pełniącym służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w produkty lecznicze, wyroby medyczne i wyposażenie wyrobów medycznych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679), inne niż oznaczone znakiem "Rp", finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej.

4. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC i wyrobów, o których mowa w ust. 3, wydawanych bezpłatnie, oraz sposób i tryb finansowania ponoszonych kosztów, uwzględniając zasady i sposób wydatkowania środków publicznych.

Art. 143.

1. Do zasadniczej służby w obronie cywilnej przelicza i powołuje wojskowy komendant uzupełnień
[2. Osoby, o których mowa w art. 142 ust. 1 pkt 2, przelicza do służby w obronie cywilnej komendant formacji obrony cywilnej lub kierownik jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 139 ust. 3, a na stanowisko komendanta formacji - pracodawca albo wójt lub burmistrz (prezydent miasta), po zasięgnięciu, w uzasadnionych przypadkach, opinii lekarza publicznego zakładu opieki zdrowotnej.]
- <2. Osoby, o których mowa w art. 142 ust. 1 pkt 2, przelicza do służby w obronie cywilnej komendant formacji obrony cywilnej lub kierownik jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 139 ust. 3, a na stanowisko komendanta formacji – pracodawca albo wójt lub burmistrz (prezydent miasta), po zasięgnięciu, w uzasadnionych przypadkach, opinii lekarza.>**
3. Powołanie do zasadniczej służby w obronie cywilnej następuje za pomocą karty powołania do tej służby.
4. Przeznaczenie do służby w obronie cywilnej osób, o których mowa w ust. 2, następuje w drodze nadania przydziału organizacyjno-mobilizacyjnego do służby w określonej:
 - 1) formacji obrony cywilnej lub
 - 2) jednostce organizacyjnej, o której mowa w art. 139 ust. 3.
5. Minister Obrony Narodowej określi, w drodze rozporządzenia, kategorie żołnierzy rezerwy, których przeznaczenie do służby w obronie cywilnej wymaga zgody wojskowego komendanta uzupełnień, z uwzględnieniem celu powołania do służby w obronie cywilnej oraz zadań, jakie mają tam wykonywać.

[Art. 161.

1. *Osobom odbywającym służbę w obronie cywilnej, które zachorowały lub doznały uszczerbku na zdrowiu podczas lub w związku z odbywaniem tej służby albo w bezpośredniej drodze do miejsca jej odbywania lub w drodze powrotnej, przysługuje prawo do bezpłatnego korzystania ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej.*
2. *Ministrowie właściwy do spraw wewnętrznych oraz właściwy do spraw zdrowia określają, w drodze rozporządzenia, zasady korzystania ze świadczeń przewidzianych w ust. 1 oraz zakres i tryb ich udzielania.]*

<Art. 161.

1. **Osobom odbywającym służbę w obronie cywilnej, które zachorowały lub doznały uszczerbku na zdrowiu podczas lub w związku z odbywaniem tej służby albo w bezpośredniej drodze do miejsca jej odbywania lub w drodze powrotnej, przysługuje prawo do bezpłatnego korzystania ze świadczeń podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.**

2. **Ministrowie właściwy do spraw wewnętrznych oraz właściwy do spraw zdrowia określają, w drodze rozporządzenia, warunki korzystania ze świadczeń przewidzianych w ust. 1 oraz zakres i tryb ich udzielania, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej opieki zdrowotnej.>**

Art. 170.

[1. Osobom wykonującym obowiązek szkolenia ludności w zakresie powszechnej samoobrony, które zachorowały lub doznały uszczerbku na zdrowiu podczas lub w związku z wykonywaniem tego obowiązku albo w bezpośredniej drodze do miejsca jego wykonywania lub w drodze powrotnej, przysługuje prawo do bezpłatnego korzystania ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej.]

- <1. Osobom wykonującym obowiązek szkolenia ludności w zakresie powszechnej samoobrony, które zachorowały lub doznały uszczerbku na zdrowiu podczas lub w związku z wykonywaniem tego obowiązku albo w bezpośredniej drodze do miejsca jego wykonywania lub w drodze powrotnej, przysługuje prawo do bezpłatnego korzystania ze świadczeń podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.>**
2. Ministrowie właściwy do spraw wewnętrznych oraz właściwy do spraw zdrowia określają, w drodze rozporządzenia, zasady korzystania ze świadczeń przewidzianych w ust. 1 oraz zakres i tryb ich udzielania.
3. Osobom, które doznały uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku powstałego podczas lub w związku z wykonywaniem obowiązku szkolenia ludności w zakresie powszechnej samoobrony albo w bezpośredniej drodze do miejsca wykonywania tego obowiązku lub w drodze powrotnej, oraz członkom rodzin osób zmarłych wskutek takiego wypadku przysługują świadczenia na zasadach i w trybie przewidzianym dla pracowników w przepisach o świadczeniach z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych, z tym że prawo do świadczeń ustala i świadczenia wypłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Art. 206.

[1. Osobom wykonującym świadczenia osobiste, które zachorowały lub doznały uszczerbku na zdrowiu podczas lub w związku z wykonywaniem tych świadczeń albo w bezpośredniej drodze do miejsca ich wykonywania lub w drodze powrotnej, przysługuje prawo do bezpłatnego korzystania ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej.]

- <1. Osobom wykonującym świadczenia osobiste, które zachorowały lub doznały uszczerbku na zdrowiu podczas lub w związku z udzielaniem tych świadczeń albo w bezpośredniej drodze do miejsca ich wykonywania lub w drodze powrotnej, przysługuje prawo do bezpłatnego korzystania ze świadczeń podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.>**
2. (uchylony).
3. Osobom, które doznały uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku powstałego podczas lub w związku z wykonywaniem świadczeń osobistych albo w bezpośredniej drodze do miejsca wykonywania tych świadczeń lub w drodze powrotnej, oraz członkom rodzin osób zmarłych wskutek takiego wypadku przysługują świadczenia na zasadach i w trybie przewidzianym dla pracowników w przepisach o świadczeniach z tytułu wypadków przy

pracy i chorób zawodowych, z tym że prawo do świadczeń ustala i świadczenia wypłaca Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Art. 206a.

1. Obowiązku świadczeń osobistych nie podlegają, z zastrzeżeniem ust. 2:

- 1) osoby wybrane do Sejmu i Senatu Rzeczypospolitej Polskiej lub organów samorządu terytorialnego na czas pełnienia mandatu;
 - 2) żołnierze pełniący czynną służbę wojskową oraz osoby, którym doręczono kartę powołania do tej służby, jeżeli termin stawienia się do służby koliduje z terminem wykonania świadczenia;
 - 3) osoby odbywające zasadniczą służbę w obronie cywilnej lub służbę zastępczą;
 - 4) osoby, wobec których orzeczono stałą lub długotrwałą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, osoby uznane za całkowicie niezdolne do pracy oraz samodzielnej egzystencji albo całkowicie niezdolne do pracy na podstawie ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, jak również osoby zaliczone do osób o znacznym stopniu niepełnosprawności albo umiarkowanym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;
 - 5) sędziowie, prokuratorzy, funkcjonariusze Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Biura Ochrony Rządu, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Ochrony Kolei oraz pracownicy specjalistycznych uzbrojonych formacji ochronnych w jednostkach organizacyjnych podległych, podporządkowanych lub nadzorowanych przez ministrów, kierowników urzędów centralnych, wojewodów, Prezesa Narodowego Banku Polskiego oraz Krajową Radę Radiofonii i Telewizji;
 - 6) kobiety w ciąży i w okresie sześciu miesięcy po odbyciu porodu oraz osoby sprawujące opiekę nad dziećmi do lat ośmiu;
 - 7) osoby sprawujące opiekę nad wspólnie z nimi zamieszkałymi dziećmi od lat ośmiu do szesnastu, osobami, wobec których orzeczono stałą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym lub uznanymi za całkowicie niezdolne do pracy oraz samodzielnej egzystencji albo zaliczonymi do osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na podstawie ustaw, o których mowa w pkt 4, a także osobami obłożnie chorymi, jeżeli opieki tej nie można powierzyć innym osobom;
- [8) *osoby zatrudnione na stanowiskach kierowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz na stanowiskach w opiece społecznej i placówkach opiekuńczo-wychowawczych.*]
- <8) osoby zatrudnione na stanowiskach kierowników podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz na stanowiskach w opiece społecznej i placówkach opiekuńczo-wychowawczych.>**

2. Zwolnienie osób, o których mowa w ust. 1, od obowiązku świadczeń osobistych następuje na podstawie dokumentów potwierdzających przyczynę zwolnienia i przedstawionych wójtowi lub burmistrzowi (prezydentowi miasta) przez zainteresowane osoby.

USTAWA z dnia 29 maja 1974 r. O ZAOPATRZENIU INWALIDÓW WOJENNYCH I WOJSKOWYCH ORAZ ICH RODZIN (Dz. U. z 2010 r. Nr 101, poz. 648 i Nr 113, poz. 745)

Art. 4.

1. Prawo do świadczeń pieniężnych ustalają i świadczenia wypłacają właściwe do spraw rent organy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

[2. Świadczeń leczniczych udzielają publiczne zakłady opieki zdrowotnej.]

[Art. 17.

1. Inwalida wojenny, któremu inwalidztwo utrudnia w znacznym stopniu poruszanie się i korzystanie z publicznych środków lokomocji, uprawniony jest do bezpłatnego otrzymania motorowego wózka inwalidzkiego albo może otrzymać pomoc finansową na częściowe pokrycie kosztu zakupu przydzielonego mu samochodu osobowego.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady i tryb przyznawania inwalidom wojennym świadczeń wymienionych w ust. 1, uwzględniając w szczególności:

- 1) wzór wniosku składanego przez inwalidę;
- 2) kryteria przydziału pomocy rzeczowej lub finansowej;
- 3) częstotliwość korzystania z pomocy.]

Art. 22.

1. Inwalida wojenny wymagający szczególnej opieki korzysta z pierwszeństwa w umieszczeniu, na jego wniosek, w domu kombatanta lub w domu pomocy społecznej. Na pokrycie kosztów utrzymania w tych domach można dokonywać potrąceń z renty według zasad określonych w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

[2. Potrąceń na pokrycie kosztów utrzymania, o których mowa w ust. 1, można dokonywać również w razie pobytu powyżej 1 roku w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.]

<2. Potrąceń na pokrycie kosztów utrzymania, o których mowa w ust. 1, można dokonywać również w razie pobytu powyżej 1 roku w podmiotach leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.>

3. Szczegółowe zasady dokonywania potrąceń, o których mowa w ust. 2, określa w drodze rozporządzenia minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, uwzględniając stan rodzinny osób pobierających renty.

[Art. 57.

1. Związek zranień, kontuzji i innych obrażeń lub chorób z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych albo ze służbą wojskową oraz związek śmierci żołnierza z tymi działaniami lub tą służbą ustala wojskowa komisja lekarska. Wojskowa komisja lekarska ustala również związek śmierci ze służbą wojskową żołnierza zwolnionego ze służby, jeżeli śmierć nastąpiła w zakładzie opieki zdrowotnej, dla którego organem

założycielskim jest Minister Obrony Narodowej. Związek zranień i kontuzji z działaniami wymienionymi w art. 8 ustala wojskowa komisja lekarska.

- 2. Niezdolność do pracy, datę jej powstania, związek niezdolności do pracy z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych albo ze służbą wojskową, związek śmierci ze służbą wojskową żołnierza zwolnionego ze służby, który zmarł poza zakładem opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, oraz związek śmierci inwalidy ze służbą wojskową ustala lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisja lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej.]*

<Art. 57.

- 1. Związek zranień, kontuzji i innych obrażeń lub chorób z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych albo ze służbą wojskową oraz związek śmierci żołnierza z tymi działaniami lub tą służbą ustala wojskowa komisja lekarska. Wojskowa komisja lekarska ustala również związek śmierci ze służbą wojskową żołnierza zwolnionego ze służby, jeżeli śmierć nastąpiła w podmiocie leczniczym, którego podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej. Związek zranień i kontuzji z działaniami wymienionymi w art. 8 ustala wojskowa komisja lekarska.**
- 2. Niezdolność do pracy, datę jej powstania, związek niezdolności do pracy z działaniami wojennymi lub mającymi charakter wojennych albo ze służbą wojskową, związek śmierci ze służbą wojskową żołnierza zwolnionego ze służby, który zmarł poza podmiotem, o którym mowa w ust. 1, oraz związek śmierci inwalidy ze służbą wojskową ustala lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisja lekarska Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, na podstawie orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej.>**

USTAWA z dnia 31 lipca 1981 r. O WYNAGRODZENIU OSÓB ZAJMUJĄCYCH KIEROWNICZE STANOWISKA PAŃSTWOWE (Dz. U. Nr 20, poz. 101, z późn. zm.)

Art. 5a.

1. Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej, Marszałkowi Sejmu, Marszałkowi Senatu, Prezesowi Rady Ministrów, małżonkom tych osób oraz członkom rodzin będącym na ich utrzymaniu, przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w razie nagłego zachorowania lub urazu, wypadku, zatrucia lub konieczności natychmiastowego leczenia szpitalnego.
2. Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesowi Rady Ministrów oraz towarzyszącym im członkom rodzin, a także Marszałkowi Sejmu i Marszałkowi Senatu, prawo do świadczeń opieki leczniczej w zakresie określonym w ust. 1 przysługuje również w trakcie oficjalnych podróży krajowych i zagranicznych oraz oficjalnych wizyt zagranicznych.
3. Członkom personelu dyplomatycznego i konsularnego akredytowanego w Rzeczypospolitej Polskiej i ich rodzinom, w odniesieniu do państw, z którymi zostały podpisane umowy o świadczenie usług medycznych, przysługuje prawo do świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym tymi umowami.

[4. Świadczenia, o których mowa w ust. 1-3, przysługują niezależnie od świadczeń określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych i są finansowane z budżetu państwa w części dotyczącej ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej tworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub przez zakłady opieki zdrowotnej tworzone przez Ministra Obrony Narodowej.]

<4. Świadczenia, o których mowa w ust. 1–3, przysługują niezależnie od świadczeń określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i są finansowane z budżetu państwa, z części, którą dysponuje minister właściwy do spraw wewnętrznych, oraz udzielane przez podmioty lecznicze tworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub Ministra Obrony Narodowej.>

5. Prezes Rady Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, po zasięgnięciu opinii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Marszałka Sejmu i Marszałka Senatu, szczegółowy zakres oraz warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, uwzględniając rodzaj udzielanych świadczeń oraz dostęp do uzyskania tych świadczeń.

USTAWA z dnia 26 października 1982 r. O POSTĘPOWANIU W SPRAWACH NIELETNICH (Dz. U. z 2010 r. Nr 33, poz. 178)

UWAGA: w art. 25 § 2, art. 25a § 2, art. 30 § 5, art. 32 § 3, art. 68, art. 70 § 2, art. 72, art. 73 § 1, art. 76 § 1, art. 77 § 1, art. 80 § 1, art. 82 § 1 i art. 95a § 8 użyte w różnym przypadku wyrazy „publiczny zakład opieki zdrowotnej” zastępuje się użytymi w odpowiednim przypadku wyrazami „podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej”.

USTAWA z dnia 26 października 1982 r. O WYCHOWANIU W TRZEŹWOŚCI I PRZECIWDZIAŁANIU ALKOHOLIZMOWI (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.)

[Art. 21.

- 1. Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzą stacjonarne i niestacjonarne zakłady lecznictwa odwykowego oraz inne zakłady opieki zdrowotnej.*
- 2. Poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne. Wyjątki od tej zasady określa ustawa.*
- 3. Od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego udzielane w zakładach opieki zdrowotnej.*

Art. 22.

- 1. Zarząd województwa organizuje na obszarze województwa całodobowe zakłady lecznictwa odwykowego oraz wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współuzależnienia.*

1a. *Starosta organizuje na obszarze powiatu inne niż wymienione w ust. 1 zakłady leczenia odwykowego.*

2. *Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia:*

- 1) *organizację, kwalifikacje personelu, zasady funkcjonowania i rodzaje zakładów leczenia odwykowego, a także innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz zasady współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi;*
- 2) *warunki, jakie powinny spełniać zakłady lecznicze dla osób uzależnionych od alkoholu prowadzone poza publicznymi zakładami opieki zdrowotnej;*
- 3) *regulaminy stacjonarnych zakładów leczenia odwykowego oraz domów pomocy społecznej dla osób uzależnionych od alkoholu, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw sprawiedliwości.]*

<Art. 21.

- 1. Leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu prowadzą podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.**
- 2. Poddanie się leczeniu odwykowemu jest dobrowolne. Wyjątki od tej zasady określa ustawa.**
- 3. Od osób uzależnionych od alkoholu nie pobiera się opłat za świadczenia w zakresie leczenia odwykowego udzielane przez podmioty określone w ust. 1.**

Art. 22.

- 1. Zarząd województwa organizuje na obszarze województwa podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia odwykowego oraz wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia i współuzależnienia.**
- 2. Starosta organizuje na obszarze powiatu inne niż wymienione w ust. 1 podmioty lecznicze udzielające świadczenia w zakresie leczenia odwykowego.**
- 3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, organizację, kwalifikacje personelu, sposób funkcjonowania i rodzaje podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposób współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi, kierując się potrzebą zapewnienia osobom uzależnionym od alkoholu leczenia odwykowego, a członkom ich rodzin, w tym dzieciom, świadczeń określonych w art. 23 ust. 1 i 2.>**

Art. 23.

- [1. Członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, dotknięci następstwami nadużywania alkoholu przez osobę uzależnioną, uzyskują w publicznych zakładach opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki. Za świadczenia te od wymienionych osób nie pobiera się opłat.*
- 2. Dzieci osób uzależnionych od alkoholu, dotknięte następstwami nadużywania alkoholu przez rodziców, uzyskują bezpłatnie pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i publicznych poradniach specjalistycznych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych.]*

- <1. Członkowie rodziny osoby uzależnionej od alkoholu, dotknięci następstwami nadużywania alkoholu przez osobę uzależnioną, uzyskują w podmiotach określonych w art. 22 ust. 1 świadczenia zdrowotne w zakresie terapii i rehabilitacji współuzależnienia oraz profilaktyki. Za świadczenia te od wymienionych osób nie pobiera się opłat.
2. Dzieci osób uzależnionych od alkoholu, dotknięte następstwami nadużywania alkoholu przez rodziców, uzyskują bezpłatnie pomoc psychologiczną i socjoterapeutyczną w podmiotach określonych w art. 22 ust. 1 i poradniach specjalistycznych oraz placówkach opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych.>
3. Pomoc niesiona dzieciom przez osoby lub instytucje może być udzielona wbrew woli rodziców lub opiekunów będących w stanie nietrzeźwym.

[Art. 32¹.

Stacjonarne i niestacjonarne zakłady leczenia odwykowego, o których mowa w art. 21 ust. 1, przyjmują na leczenie poza kolejnością osoby zobowiązane do leczenia odwykowego na podstawie art. 26, do wykorzystania limitu miejsc stanowiących 20 % ogółu miejsc przeznaczonych do leczenia odwykowego w zakładzie leczenia odwykowego.]

<Art.32¹.

Podmioty lecznicze, o których mowa w art. 21 ust. 1, przyjmują na leczenie poza kolejnością osoby zobowiązane do leczenia odwykowego na podstawie art. 26, do wykorzystania limitu miejsc stanowiących 20% ogółu miejsc przeznaczonych do leczenia odwykowego w podmiocie leczniczym.>

Art. 40.

[1. Osoby w stanie nietrzeźwości, które swoim zachowaniem dają powód do zgorzenia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień, zakładu opieki zdrowotnej lub innej właściwej placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego albo do miejsca zamieszkania lub pobytu.]

- <1. Osoby w stanie nietrzeźwości, które swoim zachowaniem dają powód do zgorzenia w miejscu publicznym lub w zakładzie pracy, znajdują się w okolicznościach zagrażających ich życiu lub zdrowiu albo zagrażają życiu lub zdrowiu innych osób, mogą zostać doprowadzone do izby wytrzeźwień, podmiotu leczniczego lub innej właściwej placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego albo do miejsca zamieszkania lub pobytu.>
2. W razie braku izby wytrzeźwień osoby takie mogą być doprowadzone do jednostki Policji.
3. Osoby doprowadzone do izby wytrzeźwień lub jednostki Policji pozostają tam aż do wytrzeźwienia, nie dłużej niż 24 godziny. Osoby do lat 18 umieszcza się w odrębnych pomieszczeniach, oddzielnie od osób dorosłych.
- 3a. *[Osobie doprowadzonej do izby wytrzeźwień, jednostki Policji, zakładu opieki zdrowotnej lub innej właściwej placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego w warunkach, o których mowa w ust. 1, przysługuje zażalenie*

do sądu.] <Osobie doprowadzonej do izby wytrzeźwień, jednostki Policji, podmiotu leczniczego lub innej właściwej placówki utworzonej lub wskazanej przez jednostkę samorządu terytorialnego w warunkach, o których mowa w ust. 1, przysługuje zażalenie do sądu.> W zażaleniu osoba doprowadzona lub zatrzymana może domagać się zbadania zasadności i legalności doprowadzenia, jak również decyzji o zatrzymaniu oraz prawidłowości ich wykonania.

- 3b. Zażalenie przekazuje się niezwłocznie sądowi rejonowemu miejsca doprowadzenia lub zatrzymania. Do rozpoznania zażalenia stosuje się przepisy Kodeksu postępowania karnego. Skarżący ma prawo wziąć udział w posiedzeniu sądu.
- 3c. W przypadku stwierdzenia bezzasadności lub nielegalności doprowadzenia lub zatrzymania albo poważnych nieprawidłowości związanych z ich wykonywaniem sąd rejonowy zawiadamia o tym prokuratora i organy przełożone nad organami, które dokonały doprowadzenia bądź zatrzymania.
4. Jeżeli osoba, o której mowa w ust. 1, jest żołnierzem, przekazuje się ją Żandarmerii Wojskowej lub wojskowemu organowi porządkowemu.
5. O wypadkach uzasadniających wszczęcie postępowania o zastosowaniu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu zawiadamia się niezwłocznie właściwą gminną komisję rozwiązywania problemów alkoholowych.
6. O umieszczeniu w izbie wytrzeźwień zawiadamia się niezwłocznie:
 - 1) w przypadku małoletnich - ich rodziców lub opiekunów oraz sąd opiekuńczy;
 - 2) w przypadku innych osób - na ich żądanie, wskazane przez nie osoby.

USTAWA z dnia 14 marca 1985 r. O PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ (Dz. U. z 2006 r. Nr 122, poz. 851, z późn. zm.)

Art. 5.

Do zakresu działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej w dziedzinie zapobiegania i zwalczania chorób, o których mowa w art. 2, należy:

- 1) dokonywanie analiz i ocen epidemiologicznych;
- [2) opracowywanie programów i planów działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, przekazywanie ich do realizacji zakładom opieki zdrowotnej oraz kontrola realizacji tych programów i planów;]*
- <2) opracowywanie programów i planów działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej, przekazywanie ich do realizacji podmiotom leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz kontrola realizacji tych programów i planów;>**
- 3) ustalanie zakresów i terminów szczepień ochronnych oraz sprawowanie nadzoru w tym zakresie;
- 4) wydawanie zarządzeń i decyzji lub występowanie do innych organów o ich wydanie - w wypadkach określonych w przepisach o zwalczaniu chorób zakaźnych;
- 4a) wydawanie decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej lub decyzji o braku podstaw do jej stwierdzenia;
- 5) planowanie i organizowanie sanitarnego zabezpieczenia granic państwa;

- 6) nadzór sanitarny nad ruchem pasażerskim i towarowym w morskich i lotniczych portach oraz przystaniach;
- 7) udzielanie poradnictwa w zakresie spraw sanitarno-epidemiologicznych lekarzom okrętowym i personelowi pomocniczo-lekarskiemu, zatrudnionemu na statkach morskich, żeglugi śródlądowej i powietrznych;
- 8) kierowanie akcją sanitarną przy masowych przemieszczeniach ludności, zjazdach i zgromadzeniach.

Art. 6.

Państwowa Inspekcja Sanitarna inicjuje, organizuje, prowadzi, koordynuje i nadzoruje działalność oświatowo-zdrowotną w celu ukształtowania odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych, a w szczególności:

- 1) inicjuje i wytycza kierunki przedsięwzięć zmierzających do zaznajamiania społeczeństwa z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia, popularyzowania zasad higieny i racjonalnego żywienia, metod zapobiegania chorobom oraz umiejętności udzielania pierwszej pomocy;
- 2) pobudza aktywność społeczną do działań na rzecz własnego zdrowia;
- 3) udziela porad i informacji w zakresie zapobiegania i eliminowania negatywnego wpływu czynników i zjawisk fizycznych, chemicznych i biologicznych na zdrowie ludzi;

[4) ocenia działalność oświatowo-zdrowotną prowadzoną przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe oraz środki masowego przekazywania, zakłady opieki zdrowotnej, inne zakłady, instytucje i organizacje oraz udziela im pomocy w prowadzeniu tej działalności.]

<4) ocenia działalność oświatowo-zdrowotną prowadzoną przez szkoły i inne placówki oświatowo-wychowawcze, szkoły wyższe oraz środki masowego przekazywania, podmioty lecznicze oraz inne podmioty, instytucje i organizacje, a także udziela im pomocy w prowadzeniu tej działalności.>

Art. 10.

1. Zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej określone w rozdziale 1 wykonują następujące organy:

- 1) Główny Inspektor Sanitarny;
- 2) państwowy wojewódzki inspektor sanitarny, jako organ rządowej administracji zespolonej w województwie;
- 3) państwowy powiatowy inspektor sanitarny, jako organ rządowej administracji zespolonej w powiecie;
- 4) państwowy graniczny inspektor sanitarny dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych.

1a. Obszar działania państwowego powiatowego inspektora sanitarnego może obejmować kilka powiatów.

1b. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw administracji publicznej, w przypadku, o którym mowa w ust. 1a, określi, w drodze rozporządzenia, terytorialny obszar działania i siedzibę państwowego powiatowego

inspektora sanitarnego oraz podległą mu stację sanitarno-epidemiologiczną, mając na względzie dostosowanie właściwości terytorialnej państwowych powiatowych inspektorów sanitarnych do potrzeb Państwowej Inspekcji Sanitarnej w stosunku do realizowanych zadań.

2. Organy, wymienione w ust. 1, wykonują zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie i w przepisach odrębnych.

3. (uchylony).

[4. Państwowy wojewódzki, państwowy powiatowy i państwowy graniczny inspektor sanitarny kierują działalnością odpowiednio wojewódzkiej, powiatowej i granicznej stacji sanitarno-epidemiologicznej, będących zakładami opieki zdrowotnej.

4a. Uprawnienia organu założycielskiego w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej w stosunku do wojewódzkiej i powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej posiada wojewoda.

4b. Uprawnienia organu założycielskiego w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej w stosunku do granicznej stacji sanitarno-epidemiologicznej posiada Główny Inspektor Sanitarny.]

<4. Państwowy wojewódzki, państwowy powiatowy i państwowy graniczny inspektor sanitarny kierują działalnością odpowiednio wojewódzkiej, powiatowej i granicznej stacji sanitarno-epidemiologicznej.

4a. Uprawnienia podmiotu tworzącego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w stosunku do wojewódzkiej i powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej posiada wojewoda.

4b. Uprawnienia podmiotu tworzącego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w stosunku do granicznej stacji sanitarno-epidemiologicznej posiada Główny Inspektor Sanitarny.>

5. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw administracji publicznej określi, w drodze rozporządzenia, wykaz granicznych stacji sanitarno-epidemiologicznych, uwzględniając w szczególności terytorialny zakres działania oraz siedziby państwowych granicznych inspektorów sanitarnych.

6. (uchylony).

7. Ilekroć w dalszych przepisach ustawy jest mowa o państwowym inspektorze sanitarnym bez bliższego rozróżnienia, to przepisy te odnoszą się do państwowego wojewódzkiego, państwowego powiatowego i państwowego granicznego inspektora sanitarnego.

Art. 13.

1. Państwowym inspektorem sanitarnym może być osoba, która:

1) jest obywatelem polskim;

2) ma pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzysta z pełni praw publicznych;

3) posiada następujące kwalifikacje:

a) jest lekarzem i uzyskała, w trybie przewidzianym w odrębnych przepisach, specjalizację przewidzianą w wykazie specjalizacji określonym na podstawie art. 8 ust. 7,

- b) posiada tytuł zawodowy magistra i uzyskała dodatkowe kwalifikacje mające zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, które określi, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia mając na względzie zadania i zakres działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej;
 - 4) swoją postawą obywatelską daje rękojmię należytego wykonywania zadań pracownika organu państwowego;
 - 5) posiada stan zdrowia pozwalający na zatrudnienie na określonym stanowisku.
- [2. Do państwowych inspektorów sanitarnych stosuje się przepisy dotyczące pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej.]
- <2. Do państwowych inspektorów sanitarnych stosuje się przepisy dotyczące pracowników jednostek budżetowych będących podmiotami leczniczymi.>**
- 3. Do państwowych inspektorów sanitarnych oraz ich zastępców stosuje się przepisy ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ograniczeniu prowadzenia działalności gospodarczej przez osoby pełniące funkcje publiczne (Dz. U. Nr 106, poz. 679, z późn. zm.), odnoszące się do osób, o których mowa w art. 2 pkt 11 tej ustawy, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
 - 4. Naruszenie zakazów, o których mowa w art. 4 ustawy wymienionej w ust. 3, przez państwowego inspektora sanitarnego lub jego zastępcę stanowi podstawę do odwołania ze stanowiska.
 - 5. Oświadczenie, o którym mowa w art. 10 ustawy wymienionej w ust. 3, składają odpowiednio:
 - 1) państwowi powiatowi inspektorzy sanitarni oraz ich zastępcy - starostom,
 - 2) państwowi wojewódzcy inspektorzy sanitarni i ich zastępcy - wojewodom,
 - 3) państwowi graniczni inspektorzy sanitarni i ich zastępcy - Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu.

Art. 15.

- [1. Państwowy inspektor sanitarny wykonuje zadania przy pomocy podległej mu stacji sanitarno-epidemiologicznej, będącej zakładem opieki zdrowotnej, finansowanym z budżetu państwa.]
- <1. Państwowy inspektor sanitarny wykonuje zadania przy pomocy podległej mu stacji sanitarno-epidemiologicznej.>**

- 1a. (uchylony).
- 1b. (uchylony).
- 2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) kwalifikacje wymagane na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej, uwzględniając kwalifikacje zawodowe, wykształcenie, specjalizacje, szkolenia oraz wymagany staż pracy;
 - 2) wzór legitymacji służbowej pracownika stacji sanitarno-epidemiologicznej.

[3. Stacja sanitarno-epidemiologiczna jest prowadzona w formie jednostki budżetowej.]

- <3. Stacja sanitarno-epidemiologiczna jest jednostką budżetową będącą podmiotem leczniczym finansowanym z budżetu państwa.>**

Art. 20.

[1. Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biurze Ochrony Rządu, jednostkach organizacyjnych podległych i nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zakładach opieki zdrowotnej tworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz w jednostkach organizacyjnych Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego, zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonuje Państwowa Inspekcja Sanitarna Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, finansowana z budżetu państwa.]

<1. W Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej, Biurze Ochrony Rządu, jednostkach organizacyjnych podległych i nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, podmiotach leczniczych tworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz w jednostkach organizacyjnych Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego, zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonuje Państwowa Inspekcja Sanitarna Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, finansowana z budżetu państwa.>

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, organizację oraz zasady i tryb wykonywania zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji:

1) na terenie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz jednostek organizacyjnych podległych i nadzorowanych przez tego ministra,

[2) na terenie zakładów opieki zdrowotnej tworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych,]

<2) na terenie podmiotów leczniczych tworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych,>

3) w stosunku do pracowników jednostek, o których mowa w pkt 1, oraz funkcjonariuszy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, Straży Granicznej i Biura Ochrony Rządu,

uwzględniając specyfikę zadań wykonywanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji i potrzebę zapewnienia sprawnego działania tej Inspekcji.

3. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, po zasięgnięciu opinii Szefów Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego, określi, w drodze rozporządzenia, organizację oraz zasady i tryb wykonywania zadań przez Państwową Inspekcję Sanitarną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji na terenie obiektów Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego oraz w stosunku do funkcjonariuszy Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu i Centralnego Biura Antykorupcyjnego.

Art. 20a.

1. Na terenach jednostek organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej, w rejonach zakwaterowania przejściowego jednostek wojskowych oraz w stosunku do

wojsk obcych przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz przemieszczających się przez to terytorium, zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej wykonują organy Wojskowej Inspekcji Sanitarnej, finansowanej z budżetu państwa.

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

<1a. Organy Wojskowej Inspekcji Sanitarnej wykonują zadania przy pomocy podległych im wojskowych ośrodków medycyny prewencyjnej, będących podmiotami leczniczymi.>

2. Minister Obrony Narodowej określi, w drodze rozporządzenia, organizację oraz warunki i tryb wykonywania zadań przez Wojskową Inspekcję Sanitarną:

- 1) na terenie jednostek organizacyjnych określonych w ust. 1 oraz w rejonach zakwaterowania przejściowego jednostek wojskowych;
- 2) w stosunku do żołnierzy w służbie czynnej oraz pracowników wojska zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych określonych w ust. 1;
- 3) w stosunku do żołnierzy wojsk obcych i ich personelu cywilnego, przebywających na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo przemieszczających się.

USTAWA z dnia 7 kwietnia 1989 r. – PRAWO O STOWARZYSZENIACH (Dz. U. z 2001 r. Nr 79, poz. 855, z późn. zm.)

Art. 17.

1. Stowarzyszenie uzyskuje osobowość prawną i może rozpocząć działalność z chwilą wpisania do Krajowego Rejestru Sądowego.

1a. Terenowa jednostka organizacyjna, o której mowa w art. 10 ust. 2, może uzyskać osobowość prawną, jeżeli statut stowarzyszenia to przewiduje.

2. (skreślony).

3. O wpisaniu stowarzyszenia do Krajowego Rejestru Sądowego sąd rejestrowy zawiadamia założycieli oraz organ nadzorujący, przesyłając jednocześnie temu organowi statut.

[4. Postępowanie w sprawach o wpis stowarzyszenia do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej do Krajowego Rejestru Sądowego jest wolne od opłat sądowych.]

<4. Postępowanie w sprawach o wpis stowarzyszenia do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej do Krajowego Rejestru Sądowego jest wolne od opłat sądowych.>

USTAWA z dnia 17 maja 1989 r. O GWARANCJACH WOLNOŚCI SUMIENIA I WYZNANIA (Dz. U. z 2005 r. Nr 231, poz. 1965, z 2009 r. Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 106, poz. 673)

Art. 24.

[1. W celu realizacji działalności charytatywno-opiekuńczej kościoły i inne związki wyznaniowe mają prawo zakładać i prowadzić, na zasadach określonych w ustawach, odpowiednie instytucje, w tym zakłady dla osób potrzebujących opieki, szpitale i inne zakłady lecznicze, żłobki i schroniska dla dzieci.]

<1. W celu realizacji działalności charytatywno-opiekuńczej kościoły i inne związki wyznaniowe mają prawo zakładać i prowadzić, na zasadach określonych w ustawach, odpowiednie instytucje, w tym zakłady dla osób potrzebujących opieki, szpitale i inne przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, żłobki i schroniska dla dzieci.>

2. Środki na realizację działalności charytatywno-opiekuńczej pochodzą w szczególności z:

- 1) ofiar pieniężnych i w naturze;
- 2) spadków, zapisów i darowizn krajowych i zagranicznych;
- 3) dochodów z imprez i zbiórek publicznych;
- 4) subwencji, dotacji i ofiar pochodzących od krajowych instytucji i przedsiębiorstw państwowych, społecznych, wyznaniowych i prywatnych;
- 5) odpłatności za usługi świadczone przez instytucje charytatywno-opiekuńcze kościołów i innych związków wyznaniowych;
- 6) dochodów instytucji kościołów i innych związków wyznaniowych.

USTAWA z dnia 12 stycznia 1991 r. O PODATKACH I OPŁATACH LOKALNYCH (Dz. U. z 2010 r. Nr 95, poz. 613, Nr 96, poz. 620, Nr 225, poz. 1461, Nr 225, poz. 1461 i Nr 226, poz. 1475)

Art. 5.

1. Rada gminy, w drodze uchwały, określa wysokość stawek podatku od nieruchomości, z tym że stawki nie mogą przekroczyć rocznie:

- 1) od gruntów:
 - a) związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej, bez względu na sposób zakwalifikowania w ewidencji gruntów i budynków - *0,62 zł* od 1 m² powierzchni,
 - b) pod jeziorami, zajętych na zbiorniki wodne retencyjne lub elektrowni wodnych - *3,38 zł* od 1 ha powierzchni,
 - c) pozostałych, w tym zajętych na prowadzenie odpłatnej statutowej działalności pożytku publicznego przez organizacje pożytku publicznego - *0,30 zł* od 1 m² powierzchni;
- 2) od budynków lub ich części:

- a) mieszkalnych - 0,51 zł od 1 m² powierzchni użytkowej,
 - b) związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej oraz od budynków mieszkalnych lub ich części zajętych na prowadzenie działalności gospodarczej - 17,31 zł od 1 m² powierzchni użytkowej,
 - c) zajętych na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie obrotu kwalifikowanym materiałem siewnym - 8,06 zł od 1 m² powierzchni użytkowej,
 - [d) związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, zajętych przez podmioty udzielające tych świadczeń - 4,27 zł od 1 m² powierzchni użytkowej,]*
 - <d) związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, zajętych przez podmioty udzielające tych świadczeń – 4,27 zł od 1 m² powierzchni użytkowej,>**
 - e) pozostałych, w tym zajętych na prowadzenie odpłatnej statutowej działalności pożytku publicznego przez organizacje pożytku publicznego - 5,78 zł od 1 m² powierzchni użytkowej;
- 3) od budowli - 2% ich wartości określonej na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 3 i ust. 3-7.
2. Przy określaniu wysokości stawek, o których mowa w ust. 1 pkt 1, rada gminy może różnicować ich wysokość dla poszczególnych rodzajów przedmiotów opodatkowania, uwzględniając w szczególności lokalizację, rodzaj prowadzonej działalności, rodzaj zabudowy, przeznaczenie i sposób wykorzystywania gruntu.
3. Przy określaniu wysokości stawek, o których mowa w ust. 1 pkt 2, rada gminy może różnicować ich wysokość dla poszczególnych rodzajów przedmiotów opodatkowania, uwzględniając w szczególności lokalizację, sposób wykorzystywania, rodzaj zabudowy, stan techniczny oraz wiek budynków.
4. Przy określaniu wysokości stawek, o których mowa w ust. 1 pkt 2 lit. b-e oraz w ust. 1 pkt 3, rada gminy może różnicować wysokość stawek dla poszczególnych rodzajów przedmiotów opodatkowania, uwzględniając w szczególności rodzaj prowadzonej działalności.

USTAWA z dnia 19 kwietnia 1991 r. O SAMORZĄDZIE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
(Dz. U. z 1991 r. Nr 41, poz. 178, z późn. zm.)

Art. 4.

1. Zadaniem samorządu jest w szczególności:
- 1) sprawowanie pieczy i nadzoru nad należytym wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej,
 - 2) ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem,
 - 3) ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy, zatwierdzanych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej,

- 4) opiniowanie programu kształcenia zawodowego,
 - 5) współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa,
 - 6) integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych,
 - 7) obrona godności zawodowej pielęgniarek i położnych,
 - 8) reprezentowanie i ochrona zawodu pielęgniarstwa i położnej,
 - 8a) udzielanie informacji na temat uznawania kwalifikacji zawodowych, uregulowań prawnych dotyczących ochrony zdrowia, w tym zawodu pielęgniarstwa lub położnej, ubezpieczeń społecznych oraz zasad etyki zawodowej w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarstwa i położnej,
 - 9) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia,
 - 10) szerzenie oświaty zdrowotnej,
 - 11) współpraca z towarzystwami naukowymi, szkołami wyższymi i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą,
 - 12) współpraca z samorządem lekarskim oraz z samorządami innych zawodów medycznych w kraju i za granicą,
 - 13) organizowanie i prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla pielęgniarek, położnych i ich rodzin,
 - 14) zarządzanie majątkiem własnym,
 - 15) prowadzenie działalności wydawniczej,
 - 16) uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzających wykonywać zawód pielęgniarstwa lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Samorząd wykonuje swoje zadania w szczególności przez:
- 1) stwierdzanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarstwa i prawa wykonywania zawodu położnej oraz prowadzenie rejestru pielęgniarek i rejestru położnych,
 - <1a) prowadzenie rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej,>**
 - 2) negocjowanie warunków pracy i płac,
 - 3) opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego, a w szczególności specjalizacji zawodowej pielęgniarek i położnych,
 - 4) przewodniczenie komisjom konkursowym na stanowiska pielęgniarek naczelnych, przełożonych i pielęgniarek oddziałowych oraz uczestnictwo w konkursach na inne kierownicze stanowiska w służbie zdrowia,
 - 5) opiniowanie projektów aktów normatywnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu pielęgniarstwa i położnej,
 - 6) orzekanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz sprawowanie sądownictwa polubownego.
3. W celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 8a, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych oraz okręgowe izby pielęgniarek i położnych mogą tworzyć w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia ośrodki informacyjno-edukacyjne.

Art. 31.

Krajowy Zjazd w szczególności:

- 1) uchwała zasady etyki zawodowej,
- 2) ustala standardy zawodowe i standardy kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych obowiązujące na poszczególnych stanowiskach pracy,
- 3) zajmuje stanowisko w sprawie kierunków rozwoju pielęgniarstwa,
- 4) uchwała program działania samorządu,
- 5) uchwała regulaminy organów Naczelnej Izby i ramowe regulaminy organów okręgowych izb,
- 6) ustala regulamin wyborów do organów izb oraz tryb odwoływania ich członków,
- 7) ustala liczbę członków organów Naczelnej Izby i liczbę zastępców Naczelnego Rzecznika,
- 8) wybiera Prezesa i członków Naczelnej Rady, przewodniczącego i członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej i Naczelnego Sądu oraz Naczelnego Rzecznika i jego zastępców,
- 9) uchwała zasady gospodarki finansowej Naczelnej Izby,
- <9a) uchwała szczegółowy sposób przeprowadzania wizytacji, w tym sposób wyboru osób wykonujących czynności wizytacyjne,>**
- 10) rozpatruje i zatwierdza sprawozdania organów Naczelnej Izby,
- 11) określa wysokość składki członkowskiej oraz zasady jej podziału,
- 12) podejmuje uchwałę w sprawie udzielenia absolutorium Naczelnej Radzie.

USTAWA z dnia 7 września 1991 r. O SYSTEMIE OŚWIATY (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.)

Art. 3.

Ilekróć w dalszych przepisach jest mowa bez bliższego określenia o:

- 1) szkole - należy przez to rozumieć także przedszkole;
- 1a) szkole specjalnej lub oddziale specjalnym - należy przez to rozumieć odpowiednio:
 - a) szkołę lub oddział dla uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, zorganizowane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 71b ust. 7 pkt 2,
 - [b) szkołę lub oddział zorganizowane w zakładzie opieki zdrowotnej, w tym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym i zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, a także w jednostce pomocy społecznej, w celu kształcenia dzieci i młodzieży przebywających w tym zakładzie lub jednostce, w których stosuje się odpowiednią organizację kształcenia oraz specjalne działania opiekuńczo-*

wychowawcze, zorganizowane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 71c ust. 2;]

<b) szkołę lub oddział zorganizowane w podmiocie leczniczym, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, oraz w jednostce pomocy społecznej, w celu kształcenia dzieci i młodzieży przebywających w tym podmiocie lub jednostce, w których stosuje się odpowiednią organizację kształcenia oraz specjalne działania opiekuńczo-wychowawcze, zorganizowane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 71c ust. 2;>

- 2) szkole artystycznej - należy przez to rozumieć także szkołę bibliotekarską i animatorów kultury;
- 2a) oddziale integracyjnym - należy przez to rozumieć oddział szkolny, w którym uczniowie posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego uczą się i wychowują razem z pozostałymi uczniami, zorganizowany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 71b ust. 7 pkt 3;
- 2b) oddziale dwujęzycznym - należy przez to rozumieć oddział szkolny, w którym nauczanie jest prowadzone w dwóch językach: polskim oraz obcym nowożytnym będącym drugim językiem nauczania, przy czym prowadzone w dwóch językach są co najmniej dwa zajęcia edukacyjne, z wyjątkiem zajęć obejmujących język polski, część historii dotyczącą historii Polski i część geografii dotyczącą geografii Polski, w tym co najmniej jedno zajęcia edukacyjne wybrane spośród zajęć obejmujących: biologię, chemię, fizykę, część geografii odnoszącą się do geografii ogólnej, część historii odnoszącą się do historii powszechnej i matematykę;
- 2c) szkole integracyjnej - należy przez to rozumieć szkołę, w której wszystkie oddziały są oddziałami integracyjnymi;
- 2d) szkole dwujęzycznej - należy przez to rozumieć szkołę, w której wszystkie oddziały są oddziałami dwujęzycznymi;
- 2e) szkole rolniczej - należy przez to rozumieć szkołę ponadgimnazjalną kształcąca wyłącznie w zawodach dla rolnictwa, dla których, zgodnie z klasyfikacją zawodów szkolnictwa zawodowego, o której mowa w art. 24 ust. 1, ministrem właściwym jest minister właściwy do spraw rolnictwa, minister właściwy do spraw rozwoju wsi lub minister właściwy do spraw rynków rolnych;
- 2f) szkole leśnej - należy przez to rozumieć szkołę ponadgimnazjalną kształcąca wyłącznie w zawodach dla leśnictwa, dla których, zgodnie z klasyfikacją zawodów szkolnictwa zawodowego, o której mowa w art. 24 ust. 1, ministrem właściwym jest minister właściwy do spraw środowiska;
- 2g) oddziale międzynarodowym - należy przez to rozumieć oddział szkolny, w którym nauczanie jest prowadzone zgodnie z programem nauczania ustalonym przez zagraniczną instytucję edukacyjną;
- 3) placówce - należy przez to rozumieć jednostki organizacyjne wymienione w art. 2 pkt 3-5, 7 i 10;
- 3a) placówce rolniczej - należy przez to rozumieć placówki i ośrodki wymienione w art. 2 pkt 3a, umożliwiające uzyskanie i uzupełnienie wiedzy, umiejętności oraz kwalifikacji zawodowych wyłącznie w zawodach, dla których, zgodnie z klasyfikacją zawodów szkolnictwa zawodowego, o której mowa w art. 24 ust. 1,

ministrem właściwym jest minister właściwy do spraw rolnictwa, minister właściwy do spraw rozwoju wsi lub minister właściwy do spraw rynków rolnych;

- 4) (uchylony);
- 5) organie prowadzącym szkołę lub placówkę - należy przez to rozumieć ministra, jednostkę samorządu terytorialnego, inne osoby prawne i fizyczne;
- 6) (uchylony);
- 7) (uchylony);
- 8) kuratorze oświaty - należy przez to rozumieć kierownika kuratorium oświaty jako jednostki organizacyjnej wchodzącej w skład zespolonej administracji rządowej w województwie;
- 9) nauczycielu - należy przez to rozumieć także wychowawcę i innego pracownika pedagogicznego szkoły, placówki oraz zakładu kształcenia i placówki doskonalenia nauczycieli;
- 10) rodzicach - należy przez to rozumieć także prawnych opiekunów dziecka;
- 11) uczniach - należy przez to rozumieć także słuchaczy i wychowanków;
- 11a) (uchylony);
- 11b) (uchylony);
- 11c) oddziale sportowym - należy przez to rozumieć oddział szkolny, w którym są prowadzone zajęcia sportowe obejmujące szkolenie sportowe, zorganizowany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 9 ust. 5;
- 11d) centrach kształcenia ustawicznego albo centrach kształcenia praktycznego - należy przez to rozumieć rodzaj odpowiednio placówki kształcenia ustawicznego i placówki kształcenia praktycznego;
- 12) profilu kształcenia ogólnozawodowego - należy przez to rozumieć kształcenie w zakresie określonej dziedziny gospodarki;
- 13) podstawie programowej wychowania przedszkolnego lub podstawie programowej kształcenia ogólnego - należy przez to rozumieć obowiązkowe zestawy celów i treści nauczania, w tym umiejętności, opisane w formie ogólnych i szczegółowych wymagań dotyczących wiedzy i umiejętności, które powinien posiadać uczeń po zakończeniu określonego etapu edukacyjnego, oraz zadania wychowawcze szkoły, uwzględniane odpowiednio w programach wychowania przedszkolnego i programach nauczania oraz umożliwiające ustalenie kryteriów ocen szkolnych i wymagań egzaminacyjnych;
- 13a) podstawie programowej kształcenia w profilach kształcenia ogólnozawodowego lub podstawie programowej kształcenia w zawodzie - należy przez to rozumieć obowiązkowe, na danym etapie kształcenia, zestawy celów i treści nauczania, w tym umiejętności, a także zadania wychowawcze szkoły, które są uwzględniane w programach nauczania oraz umożliwiają ustalenie kryteriów ocen szkolnych i wymagań egzaminacyjnych;
- 14) zadaniach oświatowych jednostek samorządu terytorialnego - należy przez to rozumieć zadania w zakresie kształcenia, wychowania i opieki, w tym profilaktyki społecznej;

- 15) szkole dla dorosłych - należy przez to rozumieć szkołę, w której stosuje się odrębną organizację kształcenia i do której przyjmowane są osoby mające 18 lat, a także kończące 18 lat w roku kalendarzowym, w którym przyjmowane są do szkoły;
- 16) formach pozaszkolnych - należy przez to rozumieć formy uzyskiwania i uzupełniania wiedzy ogólnej, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w placówkach i ośrodkach, o których mowa w art. 2 pkt 3a;
- 17) kształceniu ustawicznym - należy przez to rozumieć kształcenie w szkołach dla dorosłych, a także uzyskiwanie i uzupełnianie wiedzy ogólnej, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w formach pozaszkolnych przez osoby, które spełniły obowiązek szkolny;
- 18) niepełnosprawnościach sprzężonych - należy przez to rozumieć występowanie u dziecka niesłyszącego lub słabosłyszącego, niewidomego lub słabowidzącego, z niepełnosprawnością ruchową, z upośledzeniem umysłowym albo z autyzmem co najmniej jeszcze jednej z wymienionych niepełnosprawności.

Art. 9f.

1. Słuchaczem kolegium pracowników służb społecznych może być tylko osoba posiadająca świadectwo dojrzałości.
[2. W zakresie uprawnień do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego, korzystania ze świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej i odbywania przeszkolenia wojskowego do słuchaczy kolegiów pracowników służb społecznych stosuje się przepisy dotyczące studentów szkół wyższych.]
- <2. W zakresie uprawnień do ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego, korzystania ze świadczeń zdrowotnych i odbywania przeszkolenia wojskowego do słuchaczy kolegiów pracowników służb społecznych stosuje się przepisy dotyczące studentów szkół wyższych.>**
3. Kolegia służb społecznych mogą pobierać opłaty za egzaminy wstępne oraz za zajęcia dydaktyczne, z wyłączeniem zajęć dydaktycznych w systemie dziennym w publicznych kolegiach pracowników służb społecznych, chyba że są powtarzane z powodu niezadowolających wyników w nauce.
4. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania określa, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady i warunki tworzenia, przekształcania i likwidowania oraz organizację i zasady działania, w tym zasady powierzania stanowisk kierowniczych, a także zasady sprawowania opieki naukowo-dydaktycznej i nadzoru nad kolegiami pracowników służb społecznych.
5. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego określa, w drodze rozporządzenia, standardy kształcenia w kolegiach pracowników służb społecznych, uwzględniając w szczególności wymagania dotyczące realizowania planów nauczania, przedmioty kształcenia, zakres i wymiar praktyk zawodowych, treści programowe i wymagane umiejętności.
6. W zakresie nieuregulowanym odmiennie w przepisach wydanych na podstawie ust. 4 i 5 do kolegiów pracowników służb społecznych stosuje się przepisy dotyczące szkół.

Art. 62.

1. Organ prowadzący szkoły różnych typów lub placówki może je połączyć w zespół. Połączenie nie narusza odrębności rad pedagogicznych, rad rodziców, rad szkół lub placówek i samorządów uczniowskich poszczególnych szkół lub placówek, o ile statut zespołu nie stanowi inaczej.
 - 1a. (uchylony).
 - 1b. (uchylony).
 - 1c. (uchylony).
2. Dyrektor zespołu jest dyrektorem szkoły lub placówki w rozumieniu ustawy.
3. Utworzenie zespołu następuje w trybie art. 58, z tym że akt założycielski wymaga zaopiniowania przez rady pedagogiczne.
4. W zakresie uregulowanym odmiennie w statucie zespołu tracą moc postanowienia zawarte w statutach połączonych szkół lub placówek.
5. Organ prowadzący zespół szkół lub placówek albo szkół i placówek może wyłączyć z zespołu niektóre szkoły lub placówki, włączyć do zespołu inne szkoły lub placówki, a także może rozwiązać zespół. W przypadku wyłączenia szkół lub placówek z zespołu oraz rozwiązania zespołu przepisów art. 58 i 59 nie stosuje się.
 - 5a. (uchylony).
 - 5b. Połączenie w zespół szkoły podstawowej z gimnazjum wymaga pozytywnej opinii kuratora oświaty.
 - 5c. *[Przepis ust. 5b nie dotyczy szkół specjalnych, szkół integracyjnych, szkół dwujęzycznych, szkół dla mniejszości narodowych i etnicznych oraz społeczności posługujących się językiem regionalnym, szkół sportowych, szkół mistrzostwa sportowego, szkół artystycznych, szkół z oddziałami specjalnymi, szkół z oddziałami integracyjnymi, szkół z oddziałami dwujęzycznymi, szkół z oddziałami dla mniejszości narodowych i etnicznych oraz społeczności posługujących się językiem regionalnym, szkół z oddziałami sportowymi oraz szkół w zakładach opieki zdrowotnej, w tym w zakładach leczenia uzdrowiskowego, w domach pomocy społecznej, szkół dla dorosłych a także szkół, o których mowa w art. 5 ust. 3b i art. 35 ust. 2a.]* **<Przepis ust. 5b nie dotyczy szkół specjalnych, szkół integracyjnych, szkół dwujęzycznych, szkół dla mniejszości narodowych i etnicznych oraz społeczności posługujących się językiem regionalnym, szkół sportowych, szkół mistrzostwa sportowego, szkół artystycznych, szkół z oddziałami specjalnymi, szkół z oddziałami integracyjnymi, szkół z oddziałami dwujęzycznymi, szkół z oddziałami dla mniejszości narodowych i etnicznych oraz społeczności posługujących się językiem regionalnym, szkół z oddziałami sportowymi oraz szkół w podmiotach leczniczych, w domach pomocy społecznej, szkół dla dorosłych, a także szkół, o których mowa w art. 5 ust. 3b i art. 35 ust. 2a.>** Szkoły te mogą być łączone w zespoły na zasadach określonych przez organ prowadzący.
6. Utworzenie zespołu, w którego skład wchodzi szkoły lub placówki albo szkoły i placówki prowadzone przez różne organy, może nastąpić po zawarciu porozumienia między tymi organami. Porozumienie powinno określać, który z organów będzie wykonywać zadania organu prowadzącego, sposób finansowania oraz tryb rozwiązania zespołu.

Art. 71c.

[1. Zakład opieki zdrowotnej, w tym zakład opiekuńczo-leczniczy i zakład lecznictwa uzdrowiskowego, a także jednostka pomocy społecznej, w których zorganizowana jest szkoła specjalna, zapewniają korzystanie z pomieszczeń dla prowadzenia zajęć edukacyjnych i wychowawczych. Warunki korzystania z pomieszczeń oraz ponoszenia kosztów ich utrzymania określa umowa zawarta pomiędzy zakładem a organem prowadzącym szkołę.]

<1. Podmiot leczniczy, a także jednostka pomocy społecznej, w których zorganizowana jest szkoła specjalna, zapewniają korzystanie z pomieszczeń dla prowadzenia zajęć edukacyjnych i wychowawczych. Warunki korzystania z pomieszczeń oraz ponoszenia kosztów ich utrzymania określa umowa zawarta pomiędzy podmiotem, w którym zorganizowana jest szkoła, a organem prowadzącym szkołę.>

2. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, określi, w drodze rozporządzenia, organizację kształcenia oraz warunki i formy realizowania specjalnych działań opiekuńczo-wychowawczych w szkołach, o których mowa w ust. 1, uwzględniając szczególne potrzeby psychofizyczne dzieci i młodzieży.

USTAWA z dnia 29 grudnia 1992 r. O RADIOFONII I TELEWIZJI (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 226)

Art. 16b.

1. Zakazane jest nadawanie reklamy:

1) wyrobów tytoniowych, rekwizytów tytoniowych, produktów imitujących wyroby tytoniowe lub rekwizyty tytoniowe oraz symboli związanych z używaniem tytoniu, w zakresie regulowanym przez ustawę z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.);

2) napojów alkoholowych, w zakresie regulowanym przez ustawę z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1231, z późn. zm.);

[3) usług medycznych, w rozumieniu ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.), świadczonych wyłącznie na podstawie skierowania lekarza;]

<3) świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej udzielanych wyłącznie na podstawie skierowania lekarza;>

4) produktów leczniczych, w zakresie regulowanym przez ustawę z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.);

5) gier cylindrycznych, gier w karty, gier w kości, zakładów wzajemnych, gier na automatach, w zakresie regulowanym ustawą z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. Nr 201, poz. 1540).

2. Zakazane jest nadawanie reklam:

- 1) nawołujących bezpośrednio małoletnich do nabywania produktów lub usług;
- 2) zachęcających małoletnich do wywierania presji na rodziców lub inne osoby w celu skłonienia ich do zakupu reklamowanych produktów lub usług;
- 3) wykorzystujących zaufanie małoletnich, jakie pokładają oni w rodzicach, nauczycielach i innych osobach;
- 4) w nieuzasadniony sposób ukazujących małoletnich w niebezpiecznych sytuacjach;
- 5) oddziałujących w sposób ukryty na podświadomość.

3. Reklama nie może:

- 1) naruszać godności ludzkiej;
- 2) zawierać treści dyskryminujących ze względu na rasę, płeć lub narodowość;
- 3) ranić przekonania religijnych lub politycznych;
- 4) zagrażać fizycznemu, psychicznemu lub moralnemu rozwojowi małoletnich;
- 5) sprzyjać zachowaniom zagrażającym zdrowiu, bezpieczeństwu lub ochronie środowiska.

4. Przepisy ust. 1-3 stosuje się odpowiednio do telesprzedaży.

USTAWA z dnia 13 maja 1994 r. O STOSUNKU PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA EWANGELICKO-AUGSBURSKIEGO W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 73, poz. 323, z późn. zm.)

[Art. 11.

Kościelne wydawnictwa, zakłady charytatywno-opiekuńcze, opiekuńczo-wychowawcze, szkoły, placówki oświatowo-wychowawcze, zakłady opieki zdrowotnej, a także zakłady gospodarcze nie posiadające osobowości prawnej działają w ramach tych kościelnych osób prawnych, które je powołały.]

<Art.11.

Kościelne wydawnictwa, zakłady charytatywno-opiekuńcze, opiekuńczo-wychowawcze, szkoły, placówki oświatowo-wychowawcze, a także zakłady gospodarcze nieposiadające osobowości prawnej działają w ramach tych kościelnych osób prawnych, które je powołały. W ramach tych kościelnych osób prawnych wykonywana może być także działalność lecznicza w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.>

Art. 18.

[1. Uczącym się w szkołach prowadzonych przez kościelne osoby prawne przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej i ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.]

<1. Uczącym się w szkołach prowadzonych przez kościelne osoby prawne przysługują świadczenia zdrowotne i ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.>

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

◊ druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

2. Rodzicom lub opiekunom prawnym uczniów szkół prowadzonych przez kościelne osoby prawne przysługuje prawo do zasiłków rodzinnych na równi z rodzicami lub opiekunami uczniów szkół publicznych.

Art. 22.

[1. Prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej zapewnia się osobom przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej.]

<1. Prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej zapewnia się osobom przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej.>

2. Nabożeństwa dla osób, o których mowa w ust. 1, odbywają się w kaplicach lub innych pomieszczeniach udostępnianych na ten cel przez kierowników właściwych instytucji.

[Art. 25.

Kościół i jego osoby prawne prowadzą własną działalność charytatywno-opiekuńczą. W szczególności mogą prowadzić wyznaniowe zakłady opiekuńczo-wychowawcze, charytatywno-opiekuńcze i zakłady opieki zdrowotnej.]

<Art.25.

Kościół i jego osoby prawne prowadzą własną działalność charytatywno-opiekuńczą, w szczególności mogą prowadzić wyznaniowe zakłady opiekuńczo-wychowawcze i charytatywno-opiekuńcze. Kościół i jego osoby prawne mogą wykonywać działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.>

USTAWA z dnia 13 maja 1994 r. O STOSUNKU PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA EWANGELICKO-REFORMOWANEGO W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 73, poz. 324, z późn. zm.)

[Art. 10.

Kościół i jego osoby prawne mogą prowadzić działalność charytatywno-opiekuńczą, a w szczególności placówki opiekuńczo-wychowawcze i zakłady opieki zdrowotnej.]

<Art.10.

Kościół i jego osoby prawne mogą prowadzić działalność charytatywno-opiekuńczą, w szczególności placówki opiekuńczo-wychowawcze, oraz wykonywać działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.>

Art. 12.

[1. Osoby przebywające w placówkach opiekuńczo-wychowawczych i zakładach opieki zdrowotnej mają prawo do praktyk religijnych i opieki duszpasterskiej.]

- <1. Osoby przebywające w placówkach opiekuńczo-wychowawczych oraz w podmiotach leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej mają prawo do praktyk religijnych i opieki duszpasterskiej.>**
2. Osoby tymczasowo aresztowane wyznania ewangelicko-reformowanego mogą wykonywać praktyki religijne i wysłuchiwać nabożeństw transmitowanych przez środki masowego przekazu oraz za zgodą organu, do którego dyspozycji pozostają, korzystać z indywidualnej opieki duszpasterskiej.
 3. Osobom skazanym wyznania ewangelicko-reformowanego zapewnia się możliwość wykonywania praktyk religijnych, korzystania z opieki duszpasterskiej oraz uczestniczenia w nabożeństwach odprawianych w niedziele i święta ewangelickie w odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu w zakładzie, w którym przebywają. Osobom, które na terenie zakładu nie mogą uczestniczyć w odprawianych nabożeństwach, należy zapewnić możliwość wysłuchania nabożeństw transmitowanych przez środki masowego przekazu.
 4. Żołnierzom pełniącym czynną służbę wojskową przysługuje prawo uczestniczenia w nabożeństwach i czynnościach religijnych poza terenem jednostek wojskowych, jeżeli w miejscowości stacjonowania jednostki wojskowej lub w jej pobliżu znajduje się kościół lub kaplica i jeżeli nie koliduje to z ważnymi obowiązkami służbowymi.
 5. Dzieciom i młodzieży, korzystającym ze zorganizowanych form wypoczynku wakacyjnego, zapewnia się prawo uczestniczenia w nabożeństwach i wykonywania innych praktyk religijnych.

USTAWA z dnia 19 sierpnia 1994 r. O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.)

Art. 3.

Ilekroć przepisy niniejszej ustawy stanowią o:

- 1) osobie z zaburzeniami psychicznymi, odnosi się to do osoby:
 - a) chorej psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),
 - b) upośledzonej umysłowo,
 - c) wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym,
- 2) szpitalu psychiatrycznym, odnosi się to również do:
 - a) oddziału psychiatrycznego w szpitalu ogólnym,
 - b) kliniki psychiatrycznej,
 - c) sanatorium dla osób z zaburzeniami psychicznymi,
 - [d) innego zakładu opieki zdrowotnej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową.]*

<d) innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową,>

niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje,

- 3) domu pomocy społecznej lub środowiskowym domu samopomocy, odnosi się to również do wszelkich form pomocy instytucjonalnej dla osób, o których mowa w pkt 1,
- 4) zgodzie, oznacza to swobodnie wyrażoną zgodę osoby z zaburzeniami psychicznymi, która - niezależnie od stanu jej zdrowia psychicznego - jest rzeczywiście zdolna do zrozumienia przekazywanej w dostępny sposób informacji o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, jej stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania,
- 5) dyspozytorze medycznym, kierującym akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespole ratownictwa medycznego, należy przez to rozumieć odpowiednio: dyspozytora medycznego, kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zespół ratownictwa medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.),
- 6) przymusie bezpośrednim, bez wskazania środka przymusu bezpośredniego, należy przez to rozumieć:
 - a) przytrzymanie - doraźne, krótkotrwałe unieruchomienie osoby z użyciem siły fizycznej,
 - b) przymusowe zastosowanie leków - doraźne lub przewidziane w planie postępowania leczniczego wprowadzenie leków do organizmu osoby - bez jej zgody,
 - c) unieruchomienie - obezwładnienie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń technicznych,
 - d) izolację - umieszczenie osoby, pojedynczo, w zamkniętym i odpowiednio przystosowanym pomieszczeniu.

Art. 4.

1. Działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego są podejmowane przede wszystkim wobec dzieci, młodzieży, osób starszych i wobec osób znajdujących się w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla ich zdrowia psychicznego.
2. Działania, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:
 - 1) stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych oraz w jednostkach wojskowych,
 - 2) tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego,
 - 3) wspieranie grup samopomocy i innych inicjatyw społecznych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego,

[4) rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez zakłady opieki zdrowotnej.]

<4) rozwijanie działalności zapobiegawczej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego przez podmioty lecznicze,>

- 5) wprowadzanie zagadnień ochrony zdrowia psychicznego do programu przygotowania zawodowego osób zajmujących się wychowaniem, nauczaniem, resocjalizacją, leczeniem i opieką, zarządzaniem i organizacją pracy oraz organizacją wypoczynku,
 - 6) podejmowanie badań naukowych służących umacnianiu zdrowia psychicznego i zapobieganiu zaburzeniom psychicznym,
 - 7) uwzględnianie zagadnień zdrowia psychicznego w działalności publicznych środków masowego przekazu, a zwłaszcza w programach radiowych i telewizyjnych.
3. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, sposób organizowania i prowadzenia działalności w dziedzinie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym, uwzględniając potrzebę zapewnienia właściwej koordynacji podejmowanych działań i udziału w nich podmiotów, o których mowa w art. 1 ust. 2.

Art. 6.

[1. Samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej.]

<1. Samorząd województwa zgodnie z potrzebami wynikającymi w szczególności z liczby i struktury społecznej ludności województwa tworzy i prowadzi podmioty lecznicze udzielające świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.>

2. (uchylony).
3. Zadania, o których mowa w art. 18 ust. 10 pkt 2, art. 40 ust. 1 i art. 46 ust. 2b, są zadaniami z zakresu administracji rządowej.

Art. 7.

[1. Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo bez względu na stopień upośledzenia organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i zakładach opieki zdrowotnej, a także w domu rodzinnym.]

<1. Dla dzieci i młodzieży upośledzonych umysłowo bez względu na stopień upośledzenia organizuje się naukę i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, w szczególności w przedszkolach, szkołach, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, ośrodkach rehabilitacyjno-wychowawczych, w domach pomocy społecznej i podmiotach leczniczych, a także w domu rodzinnym.>

2. Dla osób, o których mowa w ust. 1, organizuje się również rehabilitację leczniczą, zawodową i społeczną. Rehabilitacja i zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze są bezpłatne. Opieka niezbędna do prowadzenia rehabilitacji i zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wchodzi w zakres tych czynności.

3. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego i ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, warunki i sposób organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, uwzględniając potrzebę zapewnienia jakości i dostępności tych zajęć.
4. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, cele, rodzaje, zakres programowy, wymiar czasu, sposób prowadzenia i dokumentowania zajęć rehabilitacji społecznej organizowanych w domach pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz sposób nagradzania uczestników tych zajęć, uwzględniając charakter potrzeb osób przebywających w tych jednostkach oraz konieczność promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym.
5. Naukę, zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze i rehabilitację mogą także organizować podmioty wymienione w art. 1 ust. 2.

Art. 8.

[1. Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej "organami do spraw pomocy społecznej", w porozumieniu z zakładami psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.]

<1. Jednostki organizacyjne i inne podmioty działające na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zwane dalej „organami do spraw pomocy społecznej”, w porozumieniu z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej organizują na obszarze swojego działania oparcie społeczne dla osób, które z powodu choroby psychicznej lub upośledzenia umysłowego mają poważne trudności w życiu codziennym, zwłaszcza w kształtowaniu swoich stosunków z otoczeniem, w zakresie edukacji, zatrudnienia oraz w sprawach bytowych.>

2. Oparcie społeczne polega w szczególności na:

- 1) podtrzymywaniu i rozwijaniu umiejętności niezbędnych do samodzielnego, aktywnego życia,
- 2) organizowaniu w środowisku społecznym pomocy ze strony rodziny, innych osób, grup, organizacji społecznych i instytucji,
- 3) udzielaniu pomocy finansowej, rzeczowej oraz innych świadczeń na zasadach określonych w ustawie o pomocy społecznej.

Art. 10b.

1. Ochrona praw osób, o których mowa w art. 10a ust. 1, należy do zadań Rzeczników Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego.
2. Do zadań Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego należy w szczególności:

- 1) pomoc w dochodzeniu praw w sprawach związanych z przyjęciem, leczeniem, warunkami pobytu i wypisaniem ze szpitala psychiatrycznego,
 - 2) wyjaśnianie lub pomoc w wyjaśnianiu ustnych i pisemnych skarg tych osób,
 - 3) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym tych osób,
 - 4) inicjowanie i prowadzenie działalności edukacyjno-informacyjnej w zakresie praw osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpital psychiatryczny.
3. W zakresie zadań, o których mowa w ust. 1 i 2, Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego współpracuje z:
- 1) Rzecznikiem Praw Obywatelskich,
 - 2) Rzecznikiem Praw Dziecka,
 - 3) konsultantem krajowym i konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie psychiatrii.
4. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 i 2, ma prawo:
- 1) wstępu do pomieszczeń szpitala psychiatrycznego związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych,
 - [2) występowania z wnioskiem do personelu zakładu opieki zdrowotnej, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika zakładu opieki zdrowotnej, oraz do podmiotu, który utworzył ten zakład, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń,]*
 - <2) występowania z wnioskiem do personelu podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w szczególności do lekarza prowadzącego, ordynatora oddziału psychiatrycznego (lekarza kierującego oddziałem) lub kierownika podmiotu leczniczego, oraz do podmiotu tworzącego w rozumieniu tej ustawy, o podjęcie działań zmierzających do usunięcia przyczyny skargi lub zaistniałych naruszeń,>**
 - 3) wglądu w dokumentację medyczną za zgodą osoby, o której mowa w art. 10a ust. 1, jej przedstawiciela ustawowego, opiekuna prawnego lub faktycznego,
 - 4) porozumiewania się z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2, bez udziału innych osób.
5. *[Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, na terenie którego Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego wykonuje swoje zadania, zapewnia warunki do wykonywania tych zadań, w szczególności:]* **<Kierownik zapewnia Rzecznikowi Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego warunki do wykonywania jego zadań, w szczególności:>**
- 1) umożliwi przyjmowanie skarg, o których mowa w art. 10a ust. 4 pkt 1, przez Rzecznika,
 - 2) udostępni pomieszczenia przeznaczone do odbywania spotkań z osobami, o których mowa w art. 10a ust. 1 i 2.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb i sposób działania Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, uwzględniając terytorialny obszar działania Rzeczników w odniesieniu do różnych form opieki psychiatrycznej.

Art. 10c.

1. Rzecznikiem Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego może być osoba, z zastrzeżeniem ust. 2, która:
 - 1) posiada wykształcenie wyższe,
 - 2) posiada wiedzę na temat praw i wolności człowieka, w szczególności osoby z zaburzeniami psychicznymi, a także możliwości skutecznej ochrony tych praw,
 - 3) posiada doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi,
 - 4) jest obywatelem polskim,
 - 5) korzysta z pełni praw publicznych,
 - 6) nie była karana za przestępstwo popełnione z winy umyślnej,
 - 7) cieszy się nieposzlakowaną opinią.
2. Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego nie może być:
 - 1) świadczeniodawcą w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach,
 - [2) właścicielem zakładu opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a ustawy o świadczeniach, jego pracownikiem lub osobą współpracującą ze świadczeniodawcą,]*
 - <2) właścicielem podmiotu wykonującego działalność leczniczą będącym świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a ustawy o świadczeniach, jego pracownikiem lub osobą współpracującą ze świadczeniodawcą,>**
 - 3) właścicielem lub pracownikiem apteki, hurtowni farmaceutycznej lub wytwórcą produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro oraz aktywnego wyrobu medycznego do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych,
 - [4) właścicielem akcji lub udziałów w spółce prowadzącej zakład opieki zdrowotnej, aptekę lub hurtownię farmaceutyczną albo wytwarzającą produkty lecznicze lub wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych,]*
 - <4) właścicielem akcji albo udziałów w spółce prowadzącej aptekę lub hurtownię farmaceutyczną albo wytwarzającą produkty lecznicze lub wyroby medyczne,>**
 - 5) członkiem Rady Narodowego Funduszu Zdrowia albo rady oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 6) pracownikiem Narodowego Funduszu Zdrowia.

[Art. 11.

1. *Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo zakładu opieki zdrowotnej lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego jest wydawane w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.*

2. *Wskazany w ust. 1 okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach, w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.]*

<Art. 11.

1. **Orzeczenie o stanie zdrowia osoby z zaburzeniami psychicznymi, opinię lub skierowanie do innego lekarza lub psychologa albo podmiotu leczniczego lekarz może wydać wyłącznie na podstawie uprzedniego osobistego zbadania tej osoby. Skierowanie do szpitala psychiatrycznego wydawane jest w dniu badania, a jego ważność wygasa po upływie 14 dni.**
2. **Wskazany w ust. 1 okres ważności skierowania ulega przedłużeniu o czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala psychiatrycznego pod warunkiem wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ustawy o świadczeniach, w terminie 14 dni od dnia wystawienia skierowania.>**

[Art. 16.

W razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym prokuratora.]

<Art.16.

W razie stwierdzenia, że dobro osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo wymaga jej ubezwłasnowolnienia, kierownik podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym prokuratora.>

[Art. 17.

W razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby, kierownik zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby.]

<Art.17.

W razie stwierdzenia, że przedstawiciel ustawowy osoby chorej psychicznie lub upośledzonej umysłowo nie wykonuje należycie swoich obowiązków wobec tej osoby, kierownik podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej zawiadamia o tym sąd opiekuńczy miejsca zamieszkania tej osoby.>

[Art. 18.

1. *Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:*
- 1) *dopuszczają się zamachu przeciwko:*
 - a) *życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub*

- b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
- 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkodzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
 - 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
 3. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację, o której mowa w ust. 2, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.
 4. W szpitalu psychiatrycznym lekarz, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.
 5. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w ust. 2, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, lub wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
 6. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 - na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.
 7. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.
 8. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.
 9. W przypadkach określonych w ust. 1 jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania
-

lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.

10. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:

- 1) przez lekarza zakładu opieki zdrowotnej, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę - ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego zakładu, jeżeli jest lekarzem lub lekarz przez niego upoważniony,
- 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych - ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, sposób:

- 1) stosowania przymusu bezpośredniego,
 - 2) dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego,
 - 3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego
- uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni.]

<Art. 18.

1. Przymus bezpośredni wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, przy wykonywaniu czynności przewidzianych w niniejszej ustawie, można stosować tylko wtedy, gdy przepis niniejszej ustawy do tego upoważnia albo osoby te:

- 1) dopuszczają się zamachu przeciwko:
 - a) życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub
 - b) bezpieczeństwu powszechnemu, lub
 - 2) w sposób gwałtowny niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu, lub
 - 3) poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotnego w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.
2. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje lekarz, który określa rodzaj zastosowanego środka przymusu oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, która jest obowiązana niezwłocznie zawiadomić o tym lekarza. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
3. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza, informację, o której mowa w ust. 2, pielęgniarka przekazuje kierownikowi jednostki, który niezwłocznie informuje o tym upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii.

4. W szpitalu psychiatrycznym lekarz, o którym mowa w ust. 2, niezwłocznie zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.
 5. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji osoby, o której mowa w ust. 2, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w trakcie wykonywania czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3, lub wobec osoby, o której mowa w ust. 1, której pomocy udziela zespół ratownictwa medycznego, decyduje i nadzoruje osobiście kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, który jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym dyspozytora medycznego. Każdy przypadek zastosowania przymusu bezpośredniego i uprzedzenia o możliwości jego zastosowania odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
 6. Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, polega na przytrzymaniu, przymusowym podaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji, a wobec osoby, o której mowa w ust. 1 pkt 3 – na przytrzymaniu lub przymusowym podaniu leku.
 7. W sytuacji, o której mowa w ust. 5, zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu lub unieruchomieniu. Przymus bezpośredni stosuje się nie dłużej niż przez czas niezbędny do uzyskania pomocy lekarskiej, a w przypadku gdy jej uzyskanie jest utrudnione, na czas niezbędny do przewiezienia osoby do podmiotu leczniczego udzielającego świadczenia zdrowotne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego. Przewiezienie osoby z zastosowaniem przymusu bezpośredniego następuje w obecności zespołu ratownictwa medycznego.
 8. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedza się o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy stosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.
 9. W przypadkach określonych w ust. 1 jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Policja oraz Państwowa Straż Pożarna są obowiązane do udzielania lekarzowi, pielęgniarce lub kierującemu akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych pomocy na ich żądanie.
 10. Zasadność zastosowania przymusu bezpośredniego:
 - 1) przez lekarza podmiotu leczniczego, w tym lekarza, który zatwierdził stosowanie środka przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę – ocenia, w terminie 3 dni, kierownik tego podmiotu, jeżeli jest lekarzem, lub lekarz przez niego upoważniony,
 - 2) przez innego lekarza, pielęgniarkę jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych – ocenia, w terminie 3 dni, upoważniony przez marszałka województwa lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii.
 11. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości oraz ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, sposób:
 - 1) stosowania przymusu bezpośredniego,
 - 2) dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego,
-

- 3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego**
– uwzględniając potrzebę ochrony praw i godności osoby, wobec której jest stosowany przymus bezpośredni.>

[Art. 19.

Przewidziane w innych ustawach badanie stanu psychicznego osoby, przeprowadzane na żądanie sądu, prokuratora lub innego uprawnionego organu, powinno się odbywać w publicznych zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W razie potrzeby badanie to może być przeprowadzone w innych zakładach opieki zdrowotnej, rodzinnych ośrodkach diagnostyczno-konsultacyjnych, a wyjątkowo także w miejscu zamieszkania osoby badanej.]

<Art.19.

Przewidziane w innych ustawach badanie stanu psychicznego osoby, przeprowadzane na żądanie sądu, prokuratora lub innego uprawnionego organu, powinno się odbywać w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W razie potrzeby badanie to może być przeprowadzone w rodzinnych ośrodkach diagnostyczno-konsultacyjnych, a wyjątkowo także w miejscu zamieszkania osoby badanej.>

[Art. 30.

- 1. Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Orzeczenie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania.*
- 2. W przypadku niezłączenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek. Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywilnego nie mają w tym przypadku zastosowania.*
- 3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, jeżeli treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia, o którym mowa w ust. 1, nie jest możliwe, sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wniosek, odpowiedniemu badaniu.*
- 4. Jeżeli osoba, o której mowa w art. 29 ust. 1, odmawia poddania się badaniu, może być ono przeprowadzone bez jej zgody. Przepis art. 21 stosuje się odpowiednio.]*

<Art. 30.

- 1. Do wniosku, o którym mowa w art. 29 ust. 2 i 3, dołącza się orzeczenie lekarza psychiatry szczegółowo uzasadniające potrzebę leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Orzeczenie lekarz psychiatra wydaje na uzasadnione żądanie osoby lub organu uprawnionego do zgłoszenia wniosku o wszczęcie postępowania.**
- 2. W przypadku niezłączenia do wniosku orzeczenia lekarskiego lub gdy zostało ono wydane w okresie dłuższym niż 14 dni przed dniem złożenia wniosku, sąd zwraca wniosek. Przepisy art. 130 Kodeksu postępowania cywilnego nie mają w tym przypadku zastosowania.**
- 3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, jeżeli treść wniosku lub załączone do wniosku dokumenty uprawdopodobniają zasadność przyjęcia do szpitala**

psychiatrycznego, a złożenie orzeczenia, o którym mowa w ust. 1, nie jest możliwe, sąd zarządza poddanie osoby, której dotyczy wnioski, odpowiedniemu badaniu.

4. Jeżeli osoba, o której mowa w art. 29 ust. 1, odmawia poddania się badaniu, może być ono przeprowadzone bez jej zgody. Przepis art. 21 stosuje się odpowiednio.>

USTAWA z dnia 30 czerwca 1995 r. O STOSUNKU PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA EWANGELICKO-METODYSTYCZNEGO W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 97, poz. 479, z późn. zm.)

Art. 14.

1. Kościelne osoby prawne mają prawo zakładać i prowadzić szkoły oraz inne placówki oświatowo-wychowawcze i opiekuńczo-wychowawcze na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Mają one charakter ewangelicko-metodystyczny i podlegają władzy kościelnej.
 2. Do nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych i opiekuńczo-wychowawczych, a także seminariach teologicznych i instytucjach misyjnych prowadzonych przez Kościół, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące uprawnień nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i placówkach publicznych.
- [3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.]
- <3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.>

Art. 16.

1. Kościół ma prawo do zakładania i prowadzenia szkół wyższych. Status prawny tych szkół, a także tryb i zakres uznawania przez Państwo stopni i tytułów nadawanych przez te szkoły regulują umowy między Ministrem Edukacji Narodowej a Radą Kościoła.
- [2. Studentom szkół, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 15 ust. 2, przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi ze studentami państwowych szkół wyższych.]
- <2. Studentom szkół, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 15 ust. 2, przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi ze studentami państwowych szkół wyższych.>
3. Osobom pozostającym w stosunku pracy w szkołach, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 15 ust. 2, przysługują na równi z odpowiednimi pracownikami państwowych szkół wyższych świadczenia:

[1) publicznych zakładów opieki zdrowotnej,]

<1) opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych,>

2) ubezpieczenia społecznego oraz

3) zaopatrzenia emerytalnego pracowników i ich rodzin.

Nauczycielom przysługują ponadto ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z nauczycielami akademickimi.

4. Poreęcza się Kościołowi prawo do kształcenia kadr duchownych w Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej w Warszawie w zakresie teologii metodystycznej, w ramach samodzielnej jednostki naukowo-dydaktycznej utworzonej zgodnie z ustawą o szkolnictwie wyższym.

Art. 20.

[1. Prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej zapewnia się też osobom przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej oraz domach pomocy społecznej, a także osobom tymczasowo aresztowanym, skazanym oraz nieletnim przebywającym w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich.]

<1. Prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej zapewnia się też osobom przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz domach pomocy społecznej, a także osobom tymczasowo aresztowanym, skazanym oraz nieletnim przebywającym w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich.>

2. Nabożeństwa dla osób, o których mowa w ust. 1, odbywają się w kaplicach lub innych pomieszczeniach udostępnianych na ten cel przez kierowników właściwych instytucji prowadzonych przez administrację rządową lub samorządową.

[3. Do wyznaczania kapelanów w zakładach prowadzonych przez administrację rządową lub samorządową, w celu zaspokajania potrzeb określonych w ust. 1, jest uprawniony zwierzchnik Kościoła.]

<3. Do wyznaczania kapelanów w podmiotach, domach i zakładach prowadzonych przez administrację rządową lub samorządową, w celu zaspokajania potrzeb określonych w ust. 1, jest uprawniony zwierzchnik Kościoła.>

Art. 22.

1. Kościół prowadzi, zgodnie ze swoją misją, działalność charytatywną i opiekuńczą, w tym także w zakresie opieki zdrowotnej.

2. Środki na realizację działalności, o której mowa w ust. 1, mogą pochodzić w szczególności z:

- 1) ofiar pieniężnych i w naturze oraz subwencji i dotacji,
- 2) spadków, zapisów i darowizn krajowych i zagranicznych,
- 3) dochodów z imprez i zbiórek publicznych,

[4) odpłatności za usługi świadczone przez kościelne zakłady charytatywno-opiekuńcze, w tym kościelne zakłady opieki zdrowotnej,]

<4) odpłatności za usługi świadczone przez kościelne zakłady charytatywno-opiekuńcze, w tym z wykonywanej działalności leczniczej w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,>

5) innych dochodów kościelnych osób prawnych, w tym z ich działalności gospodarczej.

USTAWA z dnia 30 czerwca 1995 r. O STOSUNKU PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA CHRZEŚCIJAN BAPTYSTÓW W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 97, poz. 480, z późn. zm.)

Art. 13.

1. Kościół i jego osoby prawne mają prawo zakładać i prowadzić szkoły oraz inne placówki oświatowo-wychowawcze i opiekuńczo-wychowawcze na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Mają one charakter baptystyczny i podlegają władzy kościelnej.
 2. Do nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych i opiekuńczo-wychowawczych, a także seminariach teologicznych i instytutach misyjnych prowadzonych przez Kościół, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące uprawnień nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i placówkach publicznych.
 - [3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.]*
- <3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.>**

Art. 15.

1. Kościół ma prawo do zakładania i prowadzenia szkół wyższych. Status prawny tych szkół, a także tryb i zakres uznawania przez Państwo stopni i tytułów nadawanych przez te szkoły regulują umowy między Ministrem Edukacji Narodowej a Radą Kościoła.
 - [2. Studentom szkół, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 14 ust. 2, przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi ze studentami państwowych szkół wyższych.]*
- <2. Studentom szkół, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 14 ust. 2, przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi ze studentami publicznych uczelni wyższych.>**
3. Osobom pozostającym w stosunku pracy w szkołach, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 14 ust. 2, przysługują na równi z odpowiednimi pracownikami państwowych szkół wyższych świadczenia:

[1) publicznych zakładów opieki zdrowotnej,]

<1) opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych,>

- 2) ubezpieczenia społecznego oraz
- 3) zaopatrzenia emerytalnego pracowników i ich rodzin.

Nauczycielom przysługują ponadto ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z nauczycielami akademickimi.

4. Poreęcza się Kościołowi prawo do kształcenia kadr duchownych w Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej w Warszawie w zakresie teologii baptystycznej, w ramach samodzielnej jednostki naukowo-dydaktycznej utworzonej zgodnie z ustawą o szkolnictwie wyższym.

[Art. 19.

1. *Osobom przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej zapewnia się prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z usług religijnych.*
2. *W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1, kierownicy właściwych zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób.*
3. *W celu umożliwienia udziału chorych i podopiecznych w nabożeństwach lub zbiorowych usługach religijnych kierownicy właściwych zakładów, prowadzonych przez administrację rządową lub samorządową, udostępniają odpowiednie pomieszczenia.]*

<Art. 19.

1. **Osobom przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz zamkniętych zakładach pomocy społecznej zapewnia się prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z usług religijnych.**
2. **W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1, kierownicy właściwych podmiotów i zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób.**
3. **W celu umożliwienia udziału chorych i podopiecznych w nabożeństwach lub zbiorowych usługach religijnych kierownicy właściwych podmiotów i zakładów, prowadzonych przez administrację rządową lub samorządową, udostępniają odpowiednie pomieszczenia.>**

Art. 23.

Działalność charytatywno-opiekuńcza Kościoła obejmuje w szczególności:

- 1) prowadzenie zakładów dla sierot, starców, osób upośledzonych fizycznie lub umysłowo oraz innych kategorii osób potrzebujących opieki,

[2) prowadzenie szpitali i innych zakładów opieki zdrowotnej oraz aptek,]

<2) wykonywanie działalności leczniczej w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz prowadzenie aptek,>

- 3) organizowanie pomocy sierotom, ofiarom wojennym, osobom dotkniętym klęskami żywiołowymi i epidemiami i znajdującym się w trudnym położeniu materialnym lub zdrowotnym oraz pozbawionym wolności,
- 4) prowadzenie żłobków, ochronek, burs i schronisk,

- 5) udzielanie pomocy w zapewnieniu wypoczynku dzieciom i młodzieży znajdującym się w potrzebie,
- 6) krzewienie idei pomocy bliźnim i postaw społecznych temu sprzyjających,
- 7) przekazywanie za granicę pomocy ofiarom klęsk żywiołowych i osobom znajdującym się w szczególnej potrzebie.

USTAWA z dnia 30 czerwca 1995 r. O STOSUNKU PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA ADWENTYSTÓW DNIA SIÓDMEGO W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 97, poz. 481, z późn. zm.)

[Art. 7.

Kościelne wydawnictwa, zakłady charytatywno-opiekuńcze, szkoły, placówki oświatowo-wychowawcze, zakłady opieki zdrowotnej, a także zakłady gospodarcze, nie posiadające osobowości prawnej, działają w ramach tych kościelnych osób prawnych, które je powołały.]

<Art.7.

Kościelne wydawnictwa, zakłady charytatywno-opiekuńcze, szkoły, placówki oświatowo-wychowawcze, a także zakłady gospodarcze nieposiadające osobowości prawnej, działają w ramach tych kościelnych osób prawnych, które je powołały. W ramach tych kościelnych osób prawnych wykonywana może być także działalność lecznicza w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.>

Art. 13.

1. Kościelne osoby prawne mają prawo zakładać i prowadzić szkoły oraz inne placówki oświatowo-wychowawcze i opiekuńczo-wychowawcze na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Mają one charakter adwentystyczny i podlegają władzy kościelnej.
2. Do nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych i oświatowo-opiekuńczych, a także seminariach teologicznych i instytutach misyjnych prowadzonych przez Kościół, o których mowa w art. 14 ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące uprawnień nauczycieli, wychowawców oraz pracowników zatrudnionych w szkołach i placówkach publicznych.

[3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.]

<3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.>

Art. 15.

1. Kościół ma prawo do zakładania i prowadzenia szkół wyższych. Status prawny tych szkół, a także tryb i zakres uznawania przez Państwo stopni i tytułów nadawanych przez te szkoły regulują umowy między Ministrem Edukacji Narodowej a Zarządem Kościoła.
[2. Studentom szkół, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 14 ust. 2, przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi ze studentami państwowych szkół wyższych.]
- <2. Studentom szkół, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 14 ust. 2, przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi ze studentami publicznych uczelni wyższych.>**
3. Osobom pozostającym w stosunku pracy w szkołach, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 14 ust. 2, przysługują na równi z odpowiednimi pracownikami państwowych szkół wyższych świadczenia:
[1) publicznych zakładów opieki zdrowotnej,]
<1) opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych,>
 - 2) ubezpieczenia społecznego oraz
 - 3) zaopatrzenia emerytalnego pracowników i ich rodzin.Nauczycielom przysługują ponadto ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z nauczycielami akademickimi.
4. Poręcza się Kościołowi prawo do kształcenia kadr duchownych w Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej w Warszawie w zakresie teologii adwentystycznej, w ramach samodzielnej jednostki naukowo-dydaktycznej utworzonej zgodnie z ustawą o szkolnictwie wyższym.

Art. 21.

Działalność charytatywno-opiekuńcza Kościoła obejmuje w szczególności:

- 1) prowadzenie zakładów dla sierot, osób w podeszłym wieku lub niepełnosprawnych oraz innych osób potrzebujących opieki,
[2) prowadzenie szpitali, zakładów i przychodni leczniczych, aptek, ośrodków zdrowego życia, oświaty zdrowotnej i ekologicznej oraz przeciwdziałania patologiom społecznym,]
- <2) wykonywanie działalności leczniczej w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzenie aptek, ośrodków zdrowego życia, oświaty zdrowotnej i ekologicznej oraz przeciwdziałania patologiom społecznym,>**
- 3) organizowanie pomocy w zakresie małżeństwa, macierzyństwa i rodziny,
- 4) organizowanie pomocy sierotom, osobom dotkniętym klęskami żywiołowymi i epidemiami, ofiarom wojennym, znajdującym się w trudnym położeniu materialnym lub zdrowotnym rodzinom i osobom, w tym pozbawionym wolności,
- 5) prowadzenie żłobków, ochronek, burs i schronisk,
- 6) udzielanie pomocy w zapewnianiu wypoczynku dzieciom i młodzieży znajdującej się w potrzebie,

- 7) udzielanie pomocy materialnej młodzieży uczącej się i studiującej, a znajdującej się w potrzebie,
- 8) krzewienie idei miłości bliźnich i postaw moralno-społecznych temu sprzyjających,
- 9) popularyzowanie postaw prozdrowotnych,
- 10) upowszechnianie zasad chrześcijańskiego etosu pracy i ekonomiki,
- 11) przekazywanie za granicę pomocy ofiarom klęsk żywiołowych i osobom znajdującym się w szczególnej potrzebie.

USTAWA z dnia 30 czerwca 1995 r. O STOSUNKU PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA POLSKOKATOLICKIEGO W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 97, poz. 482, z późn. zm.)

Art. 11.

1. Kościelne osoby prawne mają prawo zakładać i prowadzić szkoły oraz inne placówki oświatowo-wychowawcze i opiekuńczo-wychowawcze na zasadach określonych w odrębnych przepisach.
2. Do nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych i opiekuńczo-wychowawczych, a także seminariach duchownych i instytutach misyjnych prowadzonych przez Kościół stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące uprawnień nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i placówkach publicznych.
- [3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.]*
- <3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.>**

Art. 13.

1. Kościół ma prawo do zakładania i prowadzenia szkół wyższych. Status prawny tych szkół, a także tryb i zakres uznawania przez Państwo stopni i tytułów nadawanych przez te szkoły regulują umowy między Ministrem Edukacji Narodowej a Radą Synodalną.
- [2. Studentom szkół, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 12 ust. 2, przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi ze studentami państwowych szkół wyższych.]*
- <2. Studentom szkół, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 12 ust. 2, przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi ze studentami publicznych uczelni wyższych.>**

3. Osobom pozostającym w stosunku pracy w szkołach, o których mowa w ust. 1 oraz w art. 12 ust. 2, przysługują na równi z odpowiednimi pracownikami państwowych szkół wyższych świadczenia:

[1) publicznych zakładów opieki zdrowotnej,]

<1) opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych,>

2) ubezpieczenia społecznego oraz

3) zaopatrzenia emerytalnego pracowników i ich rodzin.

Nauczycielom przysługują ponadto ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z nauczycielami akademickimi.

4. Poręcza się Kościołowi prawo kształcenia kadr duchownych w Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej w Warszawie w zakresie teologii starokatolickiej w ramach istniejącej jednostki naukowo-dydaktycznej.

[Art. 17.

1. *Prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej zapewnia się też osobom przebywającym w zakładach opieki zdrowotnej oraz domach pomocy społecznej, a także osobom tymczasowo aresztowanym, skazanym oraz nieletnim przebywającym w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich.*
2. *Nabożeństwa dla osób, o których mowa w ust. 1, odbywają się w kaplicach lub innych pomieszczeniach udostępnianych na ten cel przez kierowników zakładów prowadzonych przez państwo lub samorząd terytorialny.*
3. *Do wyznaczania kapelanów w zakładach prowadzonych przez państwo lub samorząd terytorialny, w celu zaspokajania potrzeb określonych w ust. 1, jest uprawniona Rada Synodalna.]*

<Art. 17.

1. **Prawo wykonywania praktyk religijnych i korzystania z opieki duszpasterskiej zapewnia się też osobom przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz w domach pomocy społecznej, a także osobom tymczasowo aresztowanym, skazanym oraz nieletnim przebywającym w zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich.**
2. **Nabożeństwa dla osób, o których mowa w ust. 1, odbywają się w kaplicach lub innych pomieszczeniach udostępnianych na ten cel przez właściwych kierowników podmiotów i zakładów prowadzonych przez państwo lub samorząd terytorialny.**
3. **Do wyznaczania kapelanów w podmiotach i zakładach prowadzonych przez państwo lub samorząd terytorialny, w celu zaspokajania potrzeb określonych w ust. 1, jest uprawniona Rada Synodalna.>**

USTAWA z dnia 13 października 1995 r. O ZASADACH EWIDENCJI I IDENTYFIKACJI
PODATNIKÓW I PŁATNIKÓW (Dz. U. z 2004 r. Nr 269, poz. 2681, z późn. zm.)

Art. 12.

1. NIP nadany podatnikowi nie przechodzi na następcę prawnego, z wyjątkiem:
 - 1) przekształcenia przedsiębiorstwa państwowego w jednoosobową spółkę Skarbu Państwa lub przedsiębiorstwa komunalnego w jednoosobową spółkę gminy;
 - 2) przekształcenia spółki cywilnej w spółkę handlową lub spółki handlowej w inną spółkę handlową.
- 1a. Do celów identyfikacji podatkowej za przekształcenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, uznaje się również wpis spółki cywilnej do rejestru na podstawie art. 26 § 4 ustawy z dnia 15 września 2000 r. - Kodeks spółek handlowych (Dz. U. Nr 94, poz. 1037, z 2001 r. Nr 102, poz. 1117 oraz z 2003 r. Nr 49, poz. 408 i Nr 229, poz. 2276).
2. W przypadku zgonu lub ustania bytu prawnego podatnika, decyzja o nadaniu NIP wygasa z mocy prawa, z wyjątkiem przypadków wymienionych w ust. 1 i ust. 1a.
3. Organy prowadzące ewidencję ludności są obowiązane, w terminie 14 dni od dnia otrzymania aktu zgonu, do przekazania informacji o zgonie naczelnikowi urzędu skarbowego właściwemu ze względu na ostatnie miejsce zamieszkania zmarłego podatnika.

[3a. Sądy rejestrowe są obowiązane, w terminie 14 dni od dnia wykreślenia podmiotu z rejestru przedsiębiorców lub rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej, do przekazania informacji o wykreśleniu naczelnikowi urzędu skarbowego właściwemu ze względu na ostatni adres siedziby podmiotu.]

<3a. Sądy rejestrowe są obowiązane, w terminie 14 dni od dnia wykreślenia podmiotu z rejestru przedsiębiorców lub rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, do przekazania informacji o wykreśleniu naczelnikowi urzędu skarbowego właściwemu ze względu na ostatni adres siedziby podmiotu.>

USTAWA z dnia 9 listopada 1995 r. O OCHRONIE ZDROWIA PRZED NASTĘPSTWAMI
UŻYWANIA TYTONIU I WYROBÓW TYTONIOWYCH (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55,
z późn. zm.)

Art. 5.

1. Zabrania się palenia wyrobów tytoniowych, z zastrzeżeniem art. 5a:

[1] na terenie zakładów opieki zdrowotnej i w pomieszczeniach innych obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne.]

<1) na terenie przedsiębiorstw podmiotów leczniczych i w pomieszczeniach innych obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne,>

- 2) na terenie jednostek organizacyjnych systemu oświaty, o których mowa w przepisach o systemie oświaty, oraz jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, o których mowa w przepisach o pomocy społecznej,
 - 3) na terenie uczelni,
 - 4) w pomieszczeniach zakładów pracy innych niż wymienione w pkt 1 i 2,
 - 5) w pomieszczeniach obiektów kultury i wypoczynku do użytku publicznego,
 - 6) w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych,
 - 7) w środkach pasażerskiego transportu publicznego oraz w obiektach służących obsłudze podróży,
 - 8) na przystankach komunikacji publicznej,
 - 9) w pomieszczeniach obiektów sportowych,
 - 10) w ogólnodostępnych miejscach przeznaczonych do zabaw dzieci,
 - 11) w innych pomieszczeniach dostępnych do użytku publicznego.
- 1a. Właściciel lub zarządzający obiektem lub środkiem transportu, w którym obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych, umieści w widocznych miejscach odpowiednie oznaczenia słowne i graficzne informujące o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na danym terenie lub środku transportu, zwane dalej "informacją o zakazie palenia tytoniu".
2. (uchylony).
 3. (uchylony).
 4. Rada gminy może ustalić, w drodze uchwały, dla terenu gminy inne niż wymienione w ust. 1 miejsca przeznaczone do użytku publicznego jako strefy wolne od dymu tytoniowego.

Art. 6.

1. Zabrania się sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom do lat 18. W miejscu sprzedaży wyrobów tytoniowych umieszcza się widoczną i czytelną informację o treści: "Zakaz sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom do lat 18 (art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych)".
- 1a. W przypadku wątpliwości co do pełnoletności kupującego wyroby tytoniowe sprzedawca może zażądać okazania dokumentu potwierdzającego wiek kupującego.
- [2. Zabrania się sprzedaży wyrobów tytoniowych na terenie zakładów opieki zdrowotnej, szkół i placówek oświatowo-wychowawczych oraz obiektów sportowo-rekreacyjnych.]*
- <2. Zabrania się sprzedaży wyrobów tytoniowych na terenie podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, szkół i placówek oświatowo-wychowawczych oraz obiektów sportowo-rekreacyjnych.>**
3. Zabrania się sprzedaży wyrobów tytoniowych w automatach.
4. Zabrania się sprzedaży papierosów w opakowaniach zawierających mniej niż dwadzieścia sztuk oraz luzem bez opakowania.
5. Zabrania się sprzedaży detalicznej wyrobów tytoniowych w systemie samoobsługowym, z wyjątkiem sklepów wolnocłowych.

Art. 8.

1. Zabrania się reklamowania i promocji wyrobów tytoniowych, rekwizytów tytoniowych i produktów imitujących wyroby lub rekwizyty tytoniowe oraz symboli związanych z używaniem tytoniu, a w szczególności:

[1) w telewizji, radiu, kinach, zakładach opieki zdrowotnej, szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych, w prasie dziecięcej i młodzieżowej, na terenie obiektów sportowo-rekreacyjnych oraz w innych miejscach publicznych,]

<1) w telewizji, radiu, kinach, podmiotach leczniczych, szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych, w prasie dziecięcej i młodzieżowej, na terenie obiektów sportowo-rekreacyjnych oraz w innych miejscach publicznych,>

- 2) w prasie innej niż wymieniona w pkt 1,
 - 3) na plakatach, w tym plakatach wielkoformatowych,
 - 4) w środkach usług informatycznych.
2. Zabrania się sponsorowania przez firmy tytoniowe działalności sportowej, kulturalnej, oświatowej, zdrowotnej i społeczno-politycznej.
 3. Zabrania się eksponowania w punktach sprzedaży przedmiotów imitujących opakowania wyrobów tytoniowych.

[Art. 11.

Leczenie uzależnienia od używania tytoniu prowadzone w publicznych zakładach opieki zdrowotnej jest bezpłatne.]

<Art.11.

Leczenie uzależnienia od używania tytoniu jest finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.>

USTAWA z dnia 30 maja 1996 r. O UPOSAŻENIU BYŁEGO PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 75, poz. 356 oraz z 1998 r. Nr 160, poz. 1065)

[Art. 6.

Byłemu Prezydentowi oraz członkom jego rodziny przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej na zasadach określonych dla pracowników i członków ich rodzin oraz dożywotnio na warunkach określonych dla osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe i członków ich rodzin.]

<Art. 6.

Byłemu Prezydentowi oraz członkom jego rodziny przysługują świadczenia zdrowotne na zasadach określonych dla pracowników i członków ich rodzin oraz dożywotnio na warunkach określonych dla osób zajmujących kierownicze stanowiska państwowe i członków ich rodzin.>

USTAWA z dnia 5 lipca 1996 r. O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 i Nr 219, poz. 1706 oraz z 2010 r. Nr 238, poz. 1578)

[Art. 24a.

Prowadzenie:

- 1) *indywidualnej praktyki pielęgniarek, położnych,*
- 2) *indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych albo*
- 3) *grupowej praktyki pielęgniarek, położnych*

- jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

Art. 25.

1. *Pielęgniarka, położna może wykonywać indywidualną praktykę pielęgniarstwa, położnej lub indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarstwa, położnej, zwanych dalej odpowiednio "indywidualną praktyką" albo "indywidualną specjalistyczną praktyką", po uzyskaniu wpisu odpowiednio do rejestru indywidualnych praktyk albo rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzonych przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki.*
2. *Pielęgniarka, położna wykonująca indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki:*
 - 1) *posiadać prawo wykonywania zawodu;*
 - 2) *nie może być:*
 - a) *zawieszona w prawie wykonywania zawodu ani ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów ustawy lub art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178, z późn. zm.),*
 - b) *ukarana karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,*
 - c) *pozbawiona uprawnień do wykonywania zawodu orzeczeniem przez sąd środka karnego albo przez sąd lub prokuratora środka zapobiegawczego zakazu wykonywania zawodu;*
 - 3) *posiadać pomieszczenie wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny, w którym będzie wykonywana praktyka, oraz opinię państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem ust. 4 pkt 2 i art. 27;*
 - 4) *uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej.*
3. *Pielęgniarka, położna wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę jest obowiązana:*
 - 1) *spełniać warunki, o których mowa w ust. 2;*
 - 2) *posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.*
4. *Pielęgniarka, położna wykonująca indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązana:*
 - 1) *spełniać warunki, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 2 i 4, oraz, w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki, warunek, o którym mowa w ust. 3 pkt 2;*

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

◊ druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

- 2) posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub stałego pobytu pacjenta;
 - 3) posiadać adres praktyki oraz adres przechowywania dokumentów medycznych.
5. *Pielęgniarka, położna, która zamierza prowadzić indywidualną praktykę, indywidualną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualną specjalistyczną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania, w celu uzyskania wpisu do rejestru, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązana złożyć wniosek, który zawiera następujące informacje:*
- 1) imię i nazwisko pielęgniarki, położnej oraz adres jej miejsca zamieszkania;
 - 2) numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej;
 - 3) dane dotyczące wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, a w przypadku indywidualnej praktyki i indywidualnej specjalistycznej praktyki także dane dotyczące pomieszczenia;
 - 4) adres praktyki oraz adres przechowywania dokumentów medycznych i sprzętu medycznego, w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;
 - 5) numer w ewidencji działalności gospodarczej;
 - 6) numer identyfikacji podatkowej (NIP), o ile pielęgniarka, położna taki numer posiada.
- 5a. *Do wniosku, o którym mowa w ust. 5, pielęgniarka, położna dołącza następujące dokumenty:*
- 1) dokument potwierdzający prawo pielęgniarki, położnej do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być wykonywana indywidualna praktyka lub indywidualna specjalistyczna praktyka;
 - 2) dokumenty potwierdzające prawo pielęgniarki, położnej do korzystania z pomieszczenia i środków łączności, w którym będą przyjmowane wezwania, będzie przechowywana dokumentacja medyczna i sprzęt medyczny, w przypadku gdy pielęgniarka, położna ma zamiar wykonywać indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę w miejscu wezwania;
 - 3) opinię o spełnianiu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu określonych świadczeń zdrowotnych wydaną przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na miejsce, w którym ma być wykonywana indywidualna praktyka lub indywidualna specjalistyczna praktyka;
 - 4) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
6. *Wraz z wnioskiem, o którym mowa w ust. 5, pielęgniarka, położna składa oświadczenie następującej treści:*
- "Oświadczam, że:*
- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru praktyk indywidualnych lub rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk są kompletne i zgodne z prawdą;
 - 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej odpowiednio w zakresie praktyki zgłoszonej we wniosku, określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej."
7. *Oświadczenie powinno również zawierać:*
- 1) imię i nazwisko pielęgniarki, położnej oraz jej adres;

- 2) *oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia.*
8. *Za równoznaczne z indywidualną praktyką lub indywidualną specjalistyczną praktyką w rozumieniu ustawy uważa się wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej. Przepisy ust. 1-3 stosuje się odpowiednio.*

Art. 25a.

1. *Pielęgniarki, położne w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę w formie spółki cywilnej lub partnerskiej.*
2. *Grupowa praktyka pielęgniarek, położnych może rozpocząć działalność po uzyskaniu wpisu do rejestru grupowych praktyk prowadzonego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki.*
3. *W ramach grupowej praktyki pielęgniarek, położnych mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez pielęgniarki, położne będące współnikami spółki, o której mowa w ust. 1, spełniające warunki określone w art. 25 ust. 2 pkt 1 i 2 lub ust. 2 pkt 1 i 2 i ust. 3 pkt 2.*
4. *Pielęgniarki, położne zamierzające udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki w celu uzyskania wpisu do rejestru, o którym mowa w ust. 2, są obowiązane złożyć wniosek, który powinien zawierać następujące dane:*
 - 1) *listę pielęgniarek, położnych współników spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorcy albo współników spółki cywilnej;*
 - 2) *określone w art. 25 ust. 5 pkt 2-4 oraz dane o spełnieniu przez pielęgniarki, położne warunków, o których mowa w art. 25 ust. 2 pkt 1 i 2 lub ust. 2 pkt 1, 2 i ust. 3 pkt 2;*
 - 3) *numer ewidencji działalności gospodarczej albo wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego.*
5. *Do wniosku, o którym mowa w ust. 4, uprawniona pielęgniarka, położna współnik spółki dołącza dokumenty, o których mowa w art. 25 ust. 5a pkt 1 i 3, umowę spółki, o której mowa w ust. 1, albo jej kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem, a także zaświadczenie z ewidencji działalności gospodarczej albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.*
6. *Wraz z wnioskiem, o którym mowa w ust. 4, pielęgniarki, położne zamierzające udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki składają oświadczenie następującej treści:*

"Oświadczam, że:

 - 1) *dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych są kompletne i zgodne z prawdą;*
 - 2) *znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie grupowej praktyki pielęgniarek, położnych, określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej."*
7. *Oświadczenie powinno również zawierać:*
 - 1) *firmę przedsiębiorcy, jego siedzibę i adres, a w przypadku spółki cywilnej imiona i nazwiska współników oraz ich adresy zamieszkania;*
 - 2) *oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia;*

- 3) *podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorcy albo wspólników spółki cywilnej, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.*
8. *Do grupowej praktyki wykonywanej przez pielęgniarki, położne wyłącznie w miejscu wezwania stosuje się przepisy ust. 4 pkt 1 i 3 oraz art. 25 ust. 4 i ust. 5a pkt 2.*
9. *Grupowa praktyka pielęgniarek, położnych może być wykonywana na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z podmiotem innym niż zakład opieki zdrowotnej.*
10. *Wykonywanie grupowej praktyki pielęgniarek, położnych, o której mowa w ust. 1, nie jest prowadzeniem zakładu opieki zdrowotnej.*

Art. 25b.

Pielęgniarki, położne prowadzące indywidualną praktykę, indywidualną specjalistyczną praktykę oraz grupową praktykę pielęgniarek, położnych są obowiązane zgłosić zmianę danych objętych wpisem do rejestrów w terminie 14 dni od dnia powstania tych zmian.]

[Art. 25d.

Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) *szczegółowy tryb postępowania w sprawie dokonywania wpisów do rejestrów indywidualnych praktyk, indywidualnych specjalistycznych praktyk, grupowych praktyk pielęgniarek i położnych,*
 - 2) *wzory wniosków o wpis do rejestrów,*
 - 3) *wzory zaświadczeń o wpisie do rejestrów oraz sposób prowadzenia rejestrów*
- mając na uwadze dane, jakie powinny zawierać wnioski i zaświadczenia.*

Art. 25e.

1. *Okręgowa rada pielęgniarek i położnych, w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w art. 25 ust. 5 lub 25a ust. 4, i oświadczenia, o którym mowa w art. 25 ust. 5a lub art. 25a ust. 6, po sprawdzeniu spełnienia warunków wykonywania działalności w zakresie indywidualnej praktyki, indywidualnej praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej specjalistycznej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania oraz grupowej praktyki, dokonuje wpisu do rejestru indywidualnych praktyk, indywidualnych specjalistycznych praktyk lub grupowych praktyk oraz wydaje pielęgniarce, położnej lub grupowej praktyce zaświadczenie o wpisie do rejestru.*
2. *Jeżeli właściwy organ nie dokona wpisu w terminie, o którym mowa w ust. 1, a od dnia wpływu tego wniosku do tego organu upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał tego wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin, o którym mowa w zdaniu pierwszym, biegnie odpowiednio od dnia wpływu uzupełnienia wniosku o wpis.*

Art. 26.

1. *Indywidualną praktykę, indywidualną specjalistyczną praktykę i grupową praktykę pielęgniarek, położnych prowadzi się w pomieszczeniach i przy użyciu urządzeń, które odpowiadają określonym wymaganiom technicznym i sanitarnym, chyba że przepisy ustawy stanowią inaczej.*

2. *Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem technicznym i sanitarnym urządzenia i pomieszczenia, w których można wykonywać indywidualną praktykę i grupową praktykę pielęgniarek i położnych, oraz wymagania, jakim powinien odpowiadać sprzęt medyczny, o którym mowa w art. 25 ust. 4 pkt 2, mając na względzie właściwy poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwo pacjentów.*

Art. 27.

W przypadku gdy indywidualna praktyka, indywidualna specjalistyczna praktyka i grupowa praktyka pielęgniarek, położnych jest wykonywana na zasadach określonych w art. 25 ust. 8 oraz w art. 25a ust. 9, obowiązek spełnienia warunków, o których mowa w art. 25 ust. 2 pkt 3, spoczywa na podmiocie, który zawarł odpowiednią umowę, z wyłączeniem sytuacji, w której pomieszczenie, sprzęt i aparatura medyczna nie stanowią własności tego podmiotu.]

Art. 27a.

[1. Grupowa praktyka pielęgniarek, położnych nie może być wykonywana w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.]

<1. Wykonywanie działalności leczniczej w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej jako grupowej praktyki pielęgniarek, położnych nie może następować w podmiocie leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.>

2. Pielęgniarka, położna może wykonywać w zakładzie opieki zdrowotnej dodatkową opiekę pielęgnacyjną, o której mowa w art. 34 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z pacjentem, osobą bliską, o której mowa w art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, lub opiekunem prawnym.

[Art. 27b.

Jeżeli pielęgniarka, położna zamierzająca wykonywać indywidualną praktykę, indywidualną specjalistyczną praktykę lub co najmniej jedna z pielęgniarek, położnych grupowej praktyki jest członkiem innej okręgowej izby pielęgniarek i położnych, w uzasadnionych przypadkach okręgowa rada pielęgniarek i położnych może podjąć uchwałę o zarejestrowaniu tej praktyki.

Art. 28.

- 1. Wpis do rejestrów, o których mowa w art. 25 ust. 1 i art. 25a ust. 2, podlega opłacie.*
- 2. Opłata, o której mowa w ust. 1, stanowi przychód właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych.*
- 3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, wysokość opłaty za dokonanie wpisu, o którym mowa w art. 25 ust. 1 i art. 25a ust. 2, z uwzględnieniem kosztów związanych z postępowaniem w sprawie dokonania wpisu oraz rodzaju praktyki objętej wpisem.*

Art. 29.

- 1. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych dokonuje wykreślenia wpisu w rejestrze indywidualnych praktyk lub indywidualnych specjalistycznych praktyk w przypadku:*

- 1) niespełniania warunków wykonywania działalności, o których mowa w art. 25 i art. 26 ust. 1;
 - 2) skreślenia pielęgniarki, położnej z listy członków okręgowej izby pielęgniarek i położnych z przyczyn określonych w art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.
2. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych dokonuje wykreślenia wpisu w rejestrze grupowych praktyk w przypadku niespełniania warunków wykonywania działalności, o których mowa w art. 25a oraz art. 26 ust. 1.

Art. 30.

1. Nadzór nad indywidualną praktyką, indywidualną specjalistyczną praktyką oraz nad grupową praktyką pielęgniarek, położnych sprawuje właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych.
2. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych jest uprawniona w ramach nadzoru do:
 - 1) przeprowadzania czynności kontrolnych, a w szczególności:
 - a) wizytacji pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia, o których mowa w art. 4 lub art. 5,
 - b) obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń w ramach praktyki,
 - c) żądania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej;
 - 2) wydawania zaleceń pokontrolnych, mających na celu usunięcie stwierdzonych braków i wadliwości.

Art. 30a.

1. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk, indywidualnych specjalistycznych praktyk i grupowych praktyk, odmowa wpisu, zmiana wpisu do tych rejestrów oraz skreślenie z nich następują w formie uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych.
2. Od uchwał, o których mowa w ust. 1, pielęgniarce, położnej przysługuje odwołanie do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która podejmuje w tej sprawie uchwałę.
3. Do uchwał samorządu pielęgniarek i położnych w sprawach, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego odnoszące się do decyzji administracyjnych.
4. Na uchwałę Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, o której mowa w ust. 1, służy zainteresowanemu skarga do sądu administracyjnego.]

<Art. 30b.

- 1. Okręgowa izba pielęgniarek i położnych jest uprawniona do wizytacji w celu oceny wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.**
- 2. Wizytacja jest przeprowadzana przez pielęgniarki lub położne upoważnione przez okręgową radę pielęgniarek i położnych.**
- 3. Osoby, o których mowa w ust. 2, wykonując czynności wizytacyjne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo:**
 - 1) żądania informacji i dokumentacji;**

- 2) wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
 - 3) udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
 - 4) wglądu do dokumentacji medycznej;
 - 5) żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.
4. Po przeprowadzeniu czynności wizytacyjnych sporządza się wystąpienie powizytacyjne, które zawiera:
- 1) imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania albo nazwę albo firmę oraz adres siedziby;
 - 2) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności wizytacyjnych;
 - 4) imiona i nazwiska osób wykonujących czynności wizytacyjne;
 - 5) opis stanu faktycznego;
 - 6) opis ewentualnych nieprawidłowości;
 - 7) wnioski osób wykonujących czynności wizytacyjne;
 - 8) datę i miejsce sporządzenia wystąpienia powizytacyjnego.
5. Jeżeli w wystąpieniu powizytacyjnym stwierdzono postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, okręgowa rada pielęgniarek i położnych powiadamia okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.
6. W przypadku stwierdzenia w trakcie wizytacji, że pielęgniarka lub położna wykonująca zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej rażąco narusza warunki wykonywania działalności objętej wpisem, okręgowa rada pielęgniarek i położnych wykreśla tę praktykę z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.>

USTAWA z dnia 5 grudnia 1996 r. O ZAWODACH LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY
(Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.)

Art. 9.

1. Lekarz o odpowiednio wysokich kwalifikacjach, nieposiadający prawa wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ale posiadający to prawo w innym państwie, może prowadzić teoretyczne i praktyczne nauczanie zawodu lekarza lub brać udział w konsylium lekarskim i wykonywać zabiegi, których potrzeba wynika z tego konsylium lub programu nauczania, jeżeli:
 - 1) został zaproszony przez lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, każdorazowo po uzyskaniu zgody właściwej okręgowej rady lekarskiej, lub

[2) został zaproszony przez lekarza wykonującego zawód w zakładzie opieki zdrowotnej, każdorazowo po uzyskaniu zgody kierownika tego zakładu i właściwej okręgowej rady lekarskiej, lub]

<2) został zaproszony przez lekarza wykonującego zawód w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, każdorazowo po uzyskaniu zgody kierownika tego podmiotu i właściwej okręgowej rady lekarskiej, lub >

- 3) został zaproszony przez szpital kliniczny lub medyczną jednostkę naukową, która informuje o tym właściwą okręgową radę lekarską.
2. Lekarz, lekarz dentysta będący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który posiada prawo do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, może czasowo i okazjonalnie wykonywać zawód lekarza, lekarza dentysty bez konieczności uzyskania prawa wykonywania zawodu lekarza albo prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty albo bez konieczności uzyskania wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich lub rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, jeżeli złoży w okręgowej izbie lekarskiej właściwej ze względu na miejsce zamierzonego wykonywania zawodu:
- 1) pisemne oświadczenie o zamiarze tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, z podaniem miejsca i, o ile to możliwe, czasu jego wykonywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz
 - 2) dokument potwierdzający obywatelstwo, oraz
 - 3) zaświadczenie wydane przez właściwe organy państwa członkowskiego Unii Europejskiej, stwierdzające, że posiada w tym państwie prawo do wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty, które w czasie składania oświadczenia nie jest zawieszona lub ograniczona, i że wykonuje zawód lekarza, oraz
 - 4) dokument potwierdzający kwalifikacje formalne lekarza lub lekarza dentysty.
3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, składa się przed rozpoczęciem po raz pierwszy wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i ponawia w każdym roku, w którym lekarz lub lekarz dentysta zamierza wykonywać w sposób tymczasowy i okazjonalny zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2, dokumenty określone w ust. 2 pkt 2-4 przedstawia właściwej okręgowej radzie lekarskiej przed rozpoczęciem po raz pierwszy wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz każdorazowo w przypadku istotnej zmiany zawartych w nim informacji.
5. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2, z chwilą złożenia oświadczenia oraz dokumentów, o których mowa w ust. 2, zostaje wpisany do rejestru lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód prowadzonym przez właściwą okręgową radę lekarską.
6. Rejestr, o którym mowa w ust. 5, jest prowadzony w formie ewidencyjno-informatycznej i zawiera następujące dane:
- 1) numer wpisu do rejestru;
 - 2) tytuł zawodowy;
 - 3) imiona i nazwisko;
 - 4) płeć;

- 5) datę urodzenia;
 - 6) miejsce urodzenia;
 - 7) obywatelstwo;
 - 8) numer dokumentu tożsamości;
 - 9) nazwę i oznaczenie dokumentu potwierdzającego prawo do wykonywania zawodu lekarza w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska;
 - 10) posiadane specjalizacje;
 - 11) miejsce, okres, formę i zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli ich określenie jest możliwe;
 - 12) datę wystawienia zaświadczenia przez okręgową radę lekarską o spełnieniu przez niego obowiązku złożenia oświadczenia;
 - 13) adres do korespondencji.
7. Okręgowa rada lekarska dokonuje wpisu lekarza, lekarza dentystry do rejestru, o którym mowa w ust. 6, oraz wydaje lekarzowi, lekarzowi dentyście zaświadczenie o spełnieniu przez niego obowiązku złożenia zaświadczenia oraz dokumentów, o których mowa w ust. 2. Wpis do rejestru oraz wydanie zaświadczenia nie może powodować opóźnień lub utrudnień w tymczasowym i okazjonalnym wykonywaniu zawodu.
8. Okręgowa rada lekarska, każdorazowo, w okresie, kiedy lekarz lub lekarz dentysta tymczasowo i okazjonalnie wykonuje zawód na terenie jej działania, może zwracać się do właściwych organów państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w którym lekarz ten posiada prawo do wykonywania zawodu, o przekazanie informacji potwierdzających, że wykonuje on zawód w tym państwie zgodnie z prawem i że nie był karany w związku z wykonywaniem zawodu.
9. Przepis art. 6a ust. 4 stosuje się odpowiednio.
10. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 2, składa oświadczenie, że pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, jeżeli je posiada, spełniają wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 50b ust. 3.
11. Do lekarza, lekarza dentystry, o którym mowa w ust. 2, stosuje się odpowiednio przepisy art. 54 i 56.
12. Okręgowa rada lekarska każdorazowo może ocenić tymczasowy i okazjonalny charakter wykonywania zawodu, uwzględniając jego okres, częstotliwość, regularność i ciągłość.
13. Lekarz, o którym mowa w ust. 2, jest zwolniony z obowiązku rejestracji w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych w celu dokonywania rozliczeń związanych z tymczasowym i okazjonalnym wykonywaniem zawodu lekarza. W takim przypadku lekarz informuje o tymczasowym i okazjonalnym wykonywaniu zawodu na piśmie właściwy ze względu na miejsce wykonywania zawodu oddział Zakładu Ubezpieczeń Społecznych albo, przed rozpoczęciem wykonywania czynności zawodowych albo, w nagłych wypadkach, po ich wykonaniu.
14. Do lekarza, o którym mowa w ust. 2, stosuje się odpowiednio przepisy art. 31 i 45 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708).

Art. 15.

1. Okres stażu podyplomowego lekarza nie może być krótszy niż 12 miesięcy.
2. Okres stażu podyplomowego lekarza dentysty wynosi 12 miesięcy.
3. Lekarski Egzamin Państwowy lub Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy organizuje i przeprowadza Centrum Egzaminów Medycznych, działające przy ministrze właściwym do spraw zdrowia, zwane dalej "CEM", we współpracy z właściwym wojewodą.
 - 3a. Lekarz odbywający staż podyplomowy wykonuje zawód na podstawie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty pod nadzorem lekarza posiadającego specjalizację, o której mowa w art. 64 ust. 1, tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny albo lekarza dentysty wykonującego zawód przez okres co najmniej 5 lat, zwanego dalej "opiekunem".
 - 3b. Lekarz, o którym mowa w ust. 3a, jest uprawniony do wykonywania zawodu wyłącznie w miejscu odbywania stażu, z zastrzeżeniem art. 30, oraz w sytuacji gdy prowadzi prace badawcze w dziedzinie nauk medycznych pod kierunkiem lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu. Stażysta jest uprawniony w szczególności do:
 - 1) przedmiotowego i podmiotowego badania pacjenta oraz udzielania porad lekarskich po konsultacji z opiekunem;
 - 2) wydawania, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich;
 - 3) wydawania, po konsultacji z opiekunem, skierowań na badania laboratoryjne oraz inne badania diagnostyczne, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta;
 - 4) samodzielnego stosowania, na zlecenie opiekuna, metod diagnostycznych i leczniczych, których praktyczna umiejętność została potwierdzona przez opiekuna;
 - 5) wykonywania wspólnie z opiekunem zabiegów operacyjnych oraz wspólnie stosowania metod leczniczych i diagnostycznych objętych programem stażu;
 - 6) prowadzenia, pod nadzorem opiekuna, historii choroby i innej dokumentacji medycznej;
 - 7) udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta, po skonsultowaniu z opiekunem treści tych informacji;
 - 8) zlecenia czynności pielęgnacyjnych;
 - 9) w stanach nagłych do doraźnego podania lub zlecenia podania pacjentowi leków, a jeżeli są to leki silnie lub bardzo silnie działające - po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii jednego lekarza.
 - 3c. Lekarz odbywający staż nie jest uprawniony do wystawiania recept oraz wydania opinii i orzeczeń lekarskich.
 - 3d. Lekarz, lekarz dentysta odbywa staż podyplomowy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas określony, w celu przygotowania zawodowego obejmującego realizację programu stażu podyplomowego, z zastrzeżeniem ust. 7a.
 - 3e. Cudzoziemiec, niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, któremu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej udzielono zezwolenia na osiedlenie się lub zezwolenia na pobyt rezydenta długoterminowego Wspólnot Europejskich albo któremu w Rzeczypospolitej Polskiej nadano status uchodźcy, odbywa staż podyplomowy na zasadach obowiązujących obywateli polskich.

- 3f. Cudzoziemiec, niebędący obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, który nie spełnia warunków, o których mowa w ust. 3e, może odbyć staż podyplomowy za zgodą ministra właściwego do spraw zdrowia na zasadach określonych w przepisach o odbywaniu studiów i uczestniczeniu w badaniach naukowych i szkoleniach przez osoby niebędące obywatelami polskimi.
4. Organizacja, finansowanie oraz zapewnienie warunków odbywania stażu podyplomowego przez absolwentów studiów lekarskich i lekarsko-dentystycznych będących obywatelami polskimi, zamierzających wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, mających stałe miejsce zamieszkania na obszarze województwa, a w przypadku osób będących obywatelami innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej zamierzających odbywać staż na obszarze tego województwa, jest zadaniem marszałka województwa z zakresu administracji rządowej.
- 4a. W roku 2009 środki przeznaczone na sfinansowanie stażu podyplomowego, o którym mowa w ust. 4, przekazuje marszałkowi województwa minister właściwy do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
- 4b. W roku 2010 środki przeznaczone na sfinansowanie stażu podyplomowego, o którym mowa w ust. 4, przekazuje marszałkowi województwa minister właściwy do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
- 4c. W roku 2011 środki przeznaczone na sfinansowanie stażu podyplomowego, o którym mowa w ust. 4, przekazuje marszałkowi województwa minister właściwy do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej określa, w drodze rozporządzenia:
- 1) ramowe programy i czas trwania stażu podyplomowego lekarza;
 - 2) sposób odbywania i dokumentowania stażu podyplomowego;
 - 3) tryb uznawania równoważności stażu podyplomowego odbytego za granicą w całości lub w części;
 - 4) sposób i tryb składania egzaminu państwowego, o którym mowa w art. 5 ust. 3 pkt 2;
 - 5) (uchylony);
- [6] wymagania oraz warunki, jakim powinny odpowiadać zakłady opieki zdrowotnej, indywidualne praktyki lekarskie i indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, w których odbywane są staże podyplomowe, oraz sposób dokonywania oceny realizacji programu stażu przez te podmioty;]*
- <6) wymagania oraz warunki, jakim powinny odpowiadać podmioty lecznicze oraz indywidualne praktyki lekarskie i indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, w których odbywane są staże podyplomowe, oraz sposób dokonywania oceny realizacji programu stażu przez te podmioty;>**
- 7) wysokość wynagrodzenia lekarza stażysty i lekarza dentysty stażysty oraz zasady finansowania i organizacji stażu podyplomowego.
- [6. Marszałek województwa w porozumieniu z właściwą okręgową radą lekarską ustala listę zakładów opieki zdrowotnej oraz indywidualnych praktyk lekarskich i indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych.]*

<6) wymagania oraz warunki, jakim powinny odpowiadać podmioty lecznicze oraz indywidualne praktyki lekarskie i indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie, w których odbywane są staże podyplomowe, oraz sposób dokonywania oceny realizacji programu stażu przez te podmioty;>

[6a. Okręgowa rada lekarska, w drodze uchwały, w porozumieniu z marszałkiem województwa, kieruje do odbycia stażu na obszarze swojego działania lekarzy, lekarzy dentyków, którym przyznała ograniczone prawo wykonywania zawodu i których wpisała na listę członków izby.

6b. Wojewoda sprawuje nadzór nad odbywaniem stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentyków oraz w zakresie spełniania przez podmioty prowadzące staż wymagań i warunków, o których mowa w ust. 5 pkt 6.

6c. Wojewoda w ramach nadzoru, o którym mowa w ust. 6b, jest uprawniony do:

- 1) wizytacji podmiotu wpisanego na listę, o której mowa w ust. 6;*
- 2) żądania dokumentacji dotyczącej realizacji programu stażu oraz finansowania;*
- 3) żądania wyjaśnień dotyczących realizacji programu stażu przez lekarza;*
- 4) wydawania zaleceń pokontrolnych;*
- 5) przekazywania informacji dotyczących przeprowadzonej kontroli marszałkowi województwa oraz okręgowej izbie lekarskiej;*
- 6) wnioskowania do marszałka województwa o skreślenie podmiotu wpisanego na listę, o której mowa w ust. 6.*

6d. Przepisy ust. 1-3d oraz 4-6c stosuje się odpowiednio do osób będących obywatelami państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

7. Minister Obrony Narodowej, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, ustala listę podległych sobie zakładów opieki zdrowotnej uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy, lekarzy dentyków powołanych do zawodowej służby wojskowej oraz zapewnia środki finansowe niezbędne do odbycia tych staży.]

<7. Minister Obrony Narodowej, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, ustala listę podległych sobie podmiotów leczniczych uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy, lekarzy dentyków powołanych do zawodowej służby wojskowej oraz zapewnia środki finansowe niezbędne do odbycia tych staży.>

7a. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 7, odbywa staż podyplomowy na stanowisku lekarza stażysty lub lekarza dentystry stażysty, na które zostaje wyznaczony przez właściwy organ wojskowy w porozumieniu z Wojskową Radą Lekarską.

8. W uzasadnionych przypadkach minister właściwy do spraw zdrowia może uznać staż podyplomowy odbyty za granicą za równoważny ze stażem podyplomowym odbytym w kraju, z zastrzeżeniem ust. 9.

9. Staż podyplomowy odbyty w państwie członkowskim Unii Europejskiej przez lekarza będącego obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej lub innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, minister właściwy do spraw zdrowia uznaje za równoważny w całości lub w części ze stażem podyplomowym odbytym w Rzeczypospolitej Polskiej.

10. (uchylony).

Art. 16.

1. Lekarz, lekarz dentysta może uzyskać tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny po odbyciu przeszkolenia określonego programem specjalizacji i złożeniu egzaminu państwowego albo po uznaniu równoważnego tytułu specjalisty uzyskanego za granicą.
 - 1a. Lekarz może odbywać specjalizację na podstawie umowy o pracę, w pełnym wymiarze czasu pracy, zawartej z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację na czas określony, w celu doskonalenia zawodowego, obejmującego realizację programu specjalizacji, zwaną dalej "rezydenturą".
 - 1b. Lekarz może również odbywać specjalizację w ramach:
 - 1) umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony okresem trwania specjalizacji z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację;
 - 2) płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania określonej specjalizacji na podstawie odrębnych przepisów;
 - 3) poszerzenia zajęć programowych dziennych studiów doktoranckich o program specjalizacji zgodny z kierunkiem tych studiów i udzielonego urlopu szkoleniowego lub urlopu bezpłatnego, a po ukończeniu tych studiów - w trybie określonym w pkt 1, 2, 4 lub 5;
 - 4) umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony z jednostką organizacyjną inną niż określona w art. 19 ust. 1, zapewniającą realizację części programu specjalizacji w zakresie samokształcenia, szkolenia i uczestniczenia w wykonywaniu oraz wykonanie ustalonej liczby określonych zabiegów lub procedur medycznych, pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu odpowiedniej specjalizacji, w liczbie określonej w tym programie, nie mniej niż 3 dyżury w miesiącu, i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu specjalizacji w jednostce organizacyjnej prowadzącej specjalizację lub odpowiednio prowadzącej staż kierunkowy;
 - 5) umowy cywilnoprawnej o szkolenie specjalizacyjne, zawartej z jednostką organizacyjną prowadzącą specjalizację; jednostka organizacyjna prowadząca specjalizację nie pobiera od lekarza opłat za to szkolenie.
 - 1c. Rezydentury są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
 - 1ca. W roku 2010 rezydentury są finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
 - 1cb. W roku 2011 rezydentury są finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
 - 1d. Lekarz w czasie trwania danej specjalizacji może odbywać tylko jedną specjalizację.
 - 1e. Liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy mogą rozpocząć specjalizację w poszczególnych dziedzinach medycyny na obszarze województwa w danym postępowaniu kwalifikacyjnym, w tym liczbę rezydentur, minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza na 21 dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego, w oparciu o informację dotyczącą liczby wszystkich wolnych miejsc szkoleniowych przekazaną przez wojewódzkie centra zdrowia publicznego.
 - 1f. Minister właściwy do spraw zdrowia, uwzględniając dostępność świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny na obszarze województwa lub kraju, po zasięgnięciu opinii
-

właściwego konsultanta wojewódzkiego, może ustalić liczbę miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny mniejszą od liczby miejsc wynikającej z informacji przekazanych przez wojewódzkie centra zdrowia publicznego.

- 1g. Minister właściwy do spraw zdrowia w ramach liczby miejsc, o których mowa w ust. 1e, ustala liczbę miejsc szkoleniowych zgodnie z terminami postępowania kwalifikacyjnego w określonych specjalnościach w skali kraju oraz w poszczególnych województwach dla lekarzy, którzy będą mogli odbywać specjalizację w ramach rezydentury.
- 1h. Lekarz, który odbywa specjalizację w ramach rezydentury, otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne ustalane przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku, w wysokości nie mniejszej niż 70 % tego wynagrodzenia.
- 1ha. Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 1h, jest zróżnicowana ze względu na:
 - 1) dziedzinę medycyny, w której lekarz odbywa specjalizację w ramach rezydentury, ze szczególnym uwzględnieniem dziedzin uznanych za priorytetowe;
 - 2) rok, na którym lekarz odbywa specjalizację w ramach rezydentury.
- 1hb. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego, z podziałem na wynagrodzenie w poszczególnych dziedzinach medycyny, w których jest odbywana specjalizacja w ramach rezydentury, z uwzględnieniem przepisów ust. 1h i 1ha, kierując się koniecznością zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń specjalistycznych.
- 1i. Lekarz cudzoziemiec zamierzający wykonywać lub wykonujący zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyłącznie w celu odbycia szkolenia podyplomowego lub uzyskania stopnia naukowego, posiadający wizę lub zezwolenie na zamieszkanie na czas oznaczony, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zdrowia może odbywać specjalizację na zasadach określonych w przepisach o odbywaniu studiów i uczestniczeniu w badaniach naukowych i szkoleniach przez osoby niebędące obywatelami polskimi oraz o zasadach odpłatności za te studia i szkolenia.
- 1j. Lekarz obywatel państwa innego niż Rzeczpospolita Polska posiadający prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przystępuje do postępowania kwalifikacyjnego do specjalizacji lekarskich na zasadach obowiązujących obywateli polskich.
- 1k. Państwowy Egzamin Specjalizacyjny organizuje CEM.
- 1l. Państwowy Egzamin Specjalizacyjny przeprowadza Państwowa Komisja Egzaminacyjna, której przewodniczącego i członków powołuje i odwołuje Dyrektor CEM.
- 1m. W skład Państwowej Komisji Egzaminacyjnej mogą wchodzić lekarze specjaliści w dziedzinie medycyny objętej Państwowym Egzaminem Specjalizacyjnym lub, w uzasadnionych przypadkach, w pokrewnej dziedzinie medycyny, a w szczególności:
 - 1) przedstawiciel lub przedstawiciele konsultanta krajowego;
 - 2) przedstawiciel lub przedstawiciele właściwych towarzystw naukowych dla dziedziny medycyny objętej egzaminem państwowym;

- 3) przedstawiciel lub przedstawiciele Naczelnej Rady Lekarskiej lub przedstawiciele okręgowej rady lekarskiej;
 - 4) przedstawiciel lub przedstawiciele uczelni medycznych lub uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w zakresie nauk medycznych, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego lub medycznych jednostek badawczo-rozwojowych.
- 1n. W skład Państwowej Komisji Egzaminacyjnej nie może być powołana osoba, która jest małżonkiem lub krewnym albo powinowatym do drugiego stopnia włącznie lekarza, który składa egzamin.
- 1o. Członkowi Państwowej Komisji Egzaminacyjnej przysługuje zwolnienie od pracy zawodowej na czas wykonywania zadań w tej komisji i wynagrodzenie za udział w posiedzeniu komisji oraz zwrot kosztów podróży i noclegów na zasadach określonych w przepisach dotyczących należności przysługujących pracownikowi zatrudnionemu w państwowej lub samorządowej jednostce sfery budżetowej z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego, określa, w drodze rozporządzenia:
- 1) wykaz specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych,
 - 2) ramowe programy specjalizacji,
 - 3) warunki, jakim powinny odpowiadać jednostki organizacyjne prowadzące szkolenie specjalizacyjne,
 - 4) sposób, czas i szczegółowy tryb odbywania szkolenia specjalizacyjnego,
 - 5) sposób i tryb składania Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego,
 - 6) sposób powoływania i odwoływania przewodniczącego i członków Państwowej Komisji Egzaminacyjnej oraz wysokość ich wynagrodzenia,
 - 7) warunki i tryb uznawania tytułu specjalisty uzyskanego za granicą,
 - 8) warunki i tryb uznawania programu szkolenia odbytego w kraju lub za granicą za równoważny w całości albo w części ze zrealizowaniem obowiązującego programu szkolenia w danej specjalizacji,
 - 9) szczegółowy tryb finansowania szkolenia specjalizacyjnego odbywanego w trybie rezydentury
- uwzględniając konieczność prawidłowego przebiegu szkolenia specjalizacyjnego i składania państwowego egzaminu specjalizacyjnego oraz koszty związane z przeprowadzeniem egzaminu.
- 2a. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych określa, w drodze rozporządzenia, wykaz specjalizacji uprawniających do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium uwzględniając odpowiedni poziom wiedzy i umiejętności w zakresie wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej.
3. Minister Obrony Narodowej, po zasięgnięciu opinii Wojskowej Rady Lekarskiej, oraz minister właściwy do spraw wewnętrznych, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, każdy w zakresie swojego działania - w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia - określa, w drodze rozporządzeń:

[1) tryb uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystę będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, lekarza i lekarza dentystę pełniącego służbę lub zatrudnionego odpowiednio w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję organu założycielskiego w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej,]

<1) tryb uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystę będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, lekarza i lekarza dentystę pełniącego służbę lub zatrudnionego odpowiednio w podmiocie leczniczym, w stosunku do którego Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję podmiotu tworzącego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,>

2) wzory dokumentów wymaganych przy realizowaniu specjalizacji

- uwzględniając konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu szkolenia specjalizacyjnego.
- 4. Minister właściwy do spraw zdrowia może, w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem, dofinansować koszty związane ze szkoleniem specjalizacyjnym.
- 4a. Środki finansowe na dofinansowanie kosztów związanych ze szkoleniem specjalizacyjnym są przekazywane organizatorom kształcenia na podstawie umów zawartych między ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem uprawnionym do szkolenia specjalizacyjnego.
- 5. Minister właściwy do spraw zdrowia może, w drodze rozporządzenia, kierując się bieżącą strategią rządu, uznać dziedziny medycyny za priorytetowe.
- 6. W roku 2009 szkolenie specjalizacyjne jest finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
- 7. W roku 2010 szkolenie specjalizacyjne jest finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.
- 8. W roku 2011 szkolenie specjalizacyjne jest finansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków Funduszu Pracy.

Art. 38.

1. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3.

[2. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w zakładzie opieki zdrowotnej.]

<2. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym.>

3. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego.

4. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.

Art. 39.

[Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.] <**Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.**> Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

[Art. 48a.

1. Lekarz wykonujący zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

1) w zakładzie opieki zdrowotnej,

2) w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej

- podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu czynności zawodowych.

2. Przepis ust. 1 nie narusza przepisów art. 120 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy.

3. Spełnienie obowiązku, o którym mowa w ust. 1, ustala się na podstawie polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia, potwierdzającego zawarcie umowy tego ubezpieczenia, wystawionego przez zakład ubezpieczeń.

4. Obowiązek, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy czynności zawodowych, których obowiązek ubezpieczenia wynika z przepisów o zakładach opieki zdrowotnej oraz przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Art. 48b.

Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w art. 48a, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę specyfikę wykonywanego zawodu oraz zakres wykonywanych czynności.]

[Art. 49a.

Prowadzenie:

1) indywidualnej praktyki lekarskiej,

2) indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej,

3) grupowej praktyki lekarskiej

- jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

Art. 50.

1. *Lekarz może wykonywać indywidualną praktykę lekarską, indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania, po uzyskaniu wpisu odpowiednio do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, prowadzonego przez okręgową radę lekarską właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki.*
2. *Lekarz członek Wojskowej Izby Lekarskiej może wykonywać indywidualną praktykę lekarską, po uzyskaniu wpisu odpowiednio do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich prowadzonego przez Wojskową Radę Lekarską.*
3. *(uchylony).*
4. *Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską jest obowiązany spełniać następujące warunki:*
 - 1) *posiadać prawo wykonywania zawodu;*
 - 2) *nie może być:*
 - a) *zawieszonym w prawie wykonywania zawodu ani ograniczonym w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów ustawy lub art. 43 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich,*
 - b) *ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,*
 - c) *pozbawionym uprawnienia do wykonywania zawodu orzeczeniem przez sąd środka karnego albo przez sąd lub prokuratora środka zapobiegawczego zakazu wykonywania zawodu;*
 - 3) *dysponować pomieszczeniem, w którym będzie wykonywana praktyka, wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, oraz posiadać opinię właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego albo właściwego organu Wojskowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków wymaganych przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych, a także świadczeń udzielanych w zakresie określonym w art. 30;*
 - 4) *uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej.*
5. *Lekarz wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską jest obowiązany spełniać następujące warunki:*
 - 1) *o których mowa w ust. 4;*
 - 2) *posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych.*
6. *Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązany:*
 - 1) *spełniać warunki, o których mowa w ust. 4 pkt 1, 2 i 4;*
 - 2) *posiadać produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym również w zakresie określonym w art. 30;*
 - 3) *posiadać adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej wykonywanej w miejscu wezwania oraz miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania*

dokumentacji medycznej oraz produktów leczniczych i sprzętu medycznego, o których mowa w pkt 2.

7. *Lekarz wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązany spełniać warunki, o których mowa w ust. 4 pkt 1, 2 i 4, ust. 5 pkt 2 i ust. 6 pkt 2 i 3.*

8. *Lekarz, który zamierza prowadzić indywidualną praktykę lekarską, indywidualną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania, w celu uzyskania wpisu do rejestru, o którym mowa w ust. 1 i 2, jest obowiązany złożyć wniosek, który zawiera następujące dane:*

1) imię i nazwisko lekarza;

2) dane zawarte w dokumencie "Prawo wykonywania zawodu lekarza" lub "Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry";

3) dane o przebiegu pracy zawodowej w ciągu ostatnich 5 lat;

4) dane dotyczące pomieszczenia i jego urządzenia, wyposażenia w produkty lecznicze i wyroby medyczne, sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym również w zakresie, o którym mowa w art. 30;

5) adres siedziby indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub adres miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, w tym również w zakresie, o którym mowa w art. 30, w przypadku wykonywania praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania;

6) numer ewidencji działalności gospodarczej.

9. *Do wniosku, o którym mowa w ust. 8, lekarz dołącza następujące dokumenty:*

1) dokument potwierdzający prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być wykonywana indywidualna praktyka lekarska lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska;

2) dokumenty potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia i środków łączności, w którym będą przyjmowane wezwania, będzie przechowywana dokumentacja medyczna, sprzęt medyczny, w przypadku gdy lekarz ma zamiar wykonywać indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania;

3) opinię o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu określonych świadczeń zdrowotnych wydaną odpowiednio przez państwowego powiatowego inspektora sanitarnego albo wojskowego inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na miejsce, w którym ma być wykonywana indywidualna praktyka lekarska lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska;

4) umowę z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji, w przypadku gdy pomieszczenie nie jest wyposażone w sprzęt do sterylizacji, a lekarz ma zamiar udzielać świadczeń zdrowotnych przy użyciu narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji;

5) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

10. *Wraz z wnioskiem, o którym mowa w ust. 8, lekarz składa oświadczenie następującej treści:*

"Oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich lub rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie praktyki lekarskiej zgłoszonej we wniosku określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty."

11. Oświadczenie powinno również zawierać:

- 1) imię i nazwisko lekarza oraz jego adres;
- 2) oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia.

12. Za równoznaczne z indywidualną praktyką lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktyką lekarską w rozumieniu ustawy uważa się wykonywanie zawodu lekarza poza zakładem opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej.

13. W przypadku gdy indywidualna praktyka lekarska lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska jest wykonywana na warunkach określonych w ust. 12, obowiązek przedstawienia danych, o których mowa w ust. 9 pkt 1, 3 i 4, spoczywa na podmiocie, który ma zamiar zawrzeć z lekarzem umowę cywilnoprawną, z wyłączeniem sytuacji, w której pomieszczenia, sprzęt i aparatura medyczna nie stanowią własności tego podmiotu.

14. Do wykonywania zawodu lekarza, polegającego na udzielaniu konsultacji lub uczestniczeniu w konsylium lekarskim, w sytuacji określonej w art. 37, nie stosuje się przepisów art. 50 i 50a.

15. Do lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, lekarzy członków komisji lekarskich Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i lekarzy rzeczoznawców Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego nie stosuje się przepisów ust. 1 i art. 54.

16. (uchylony).

17. Wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej nie jest prowadzeniem zakładu opieki zdrowotnej.

18. Wykonywanie funkcji lekarza sądowego w rozumieniu ustawy z dnia 15 czerwca 2007 r. o lekarzu sądowym (Dz. U. Nr 123, poz. 849 oraz z 2008 r. Nr 51, poz. 293) nie jest indywidualną praktyką lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktyką lekarską.]

[Art. 50a.

1. Lekarze w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić grupową praktykę lekarską w formie spółki cywilnej lub partnerskiej, zwaną dalej "grupową praktyką lekarską", po uzyskaniu wpisu do rejestru grupowych praktyk lekarskich prowadzonego przez okręgową radę lekarską właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki.
2. Lekarze członkowie Wojskowej Izby Lekarskiej mogą prowadzić grupową praktykę lekarską po uzyskaniu wpisu do rejestru grupowych praktyk lekarskich prowadzonego przez Wojskową Radę Lekarską.
3. Grupowa praktyka lekarska założona przez lekarzy członków izb okręgowej i wojskowej może rozpocząć działalność po uzyskaniu wpisu do rejestru grupowych praktyk lekarskich prowadzonego przez okręgową radę lekarską właściwą ze względu na miejsce

wykonywania praktyki. Lekarze członkowie Wojskowej Izby Lekarskiej informują o podjęciu tej działalności Wojskową Izbę Lekarską.

4. Lekarze zamierzający udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej w celu uzyskania wpisu do rejestrów, o których mowa w ust. 1 i 2, są obowiązani złożyć wniosek, który powinien zawierać następujące dane:

- 1) listę lekarzy wspólników spółki ze wskazaniem imion i nazwisk wspólników, ich miejsca zamieszkania oraz imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;
- 2) o spełnieniu przez lekarzy warunków, o których mowa w art. 50 ust. 4 lub 5, oraz dane określone w art. 50 ust. 8 pkt 2-5;
- 3) numer ewidencji działalności gospodarczej albo wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego;
- 4) oznaczenie miejsca i datę sporządzenia wniosku;
- 5) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

5. Do wniosku, o którym mowa w ust. 4, uprawniony lekarz wspólnik spółki dołącza dokumenty, o których mowa w art. 50 ust. 9 pkt 1, 3 i 4, umowę spółki, o której mowa w ust. 1, albo jej kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem, a także zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.

6. Wraz z wnioskiem, o którym mowa w ust. 4, lekarze zamierzający udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej składają oświadczenie następującej treści:

"Oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie grupowej praktyki lekarskiej, określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty."

7. Oświadczenie powinno również zawierać:

- 1) firmę przedsiębiorcy, jego siedzibę i adres, a w przypadku spółki cywilnej imiona i nazwiska wspólników oraz ich adresy zamieszkania;
- 2) oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia;
- 3) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorcy albo wspólników spółki cywilnej, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.

8. Grupowa praktyka lekarska nie może być wykonywana w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

9. Wykonywanie grupowej praktyki lekarskiej nie jest prowadzeniem zakładu opieki zdrowotnej.]

<Art. 50a.

Grupowa praktyka lekarska nie może być wykonywana w podmiocie leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych.>

[Art. 50b.

1. *Organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich, w terminie 50 dni od dnia złożenia wniosku, o którym mowa w art. 50 ust. 8 lub art. 50a ust. 4, oraz oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 10 lub art. 50a ust. 6, po sprawdzeniu spełnienia warunków wykonywania działalności w zakresie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania oraz grupowej praktyki lekarskiej, dokonuje wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich lub grupowych praktyk lekarskich oraz wydaje lekarzowi lub grupowej praktyce lekarskiej zaświadczenie o wpisie do rejestru.*
- 1a. *Jeżeli organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich nie dokona wpisu w terminie, o którym mowa w ust. 1, a od dnia wpływu tego wniosku do tego organu upłynęło 60 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał tego wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin, o którym mowa w zdaniu pierwszym, biegnie odpowiednio od dnia wpływu uzupełnienia wniosku o wpis.*
- 1b. *Organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich dokonuje wpisu bezterminowo lub na czas ograniczony terminem ważności prawa wykonywania zawodu.*
2. *Jeżeli lekarz zamierzający wykonywać indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub co najmniej jeden z lekarzy grupowej praktyki lekarskiej jest członkiem innej okręgowej izby lekarskiej, w uzasadnionych przypadkach okręgowa rada lekarska może podjąć uchwałę o zarejestrowaniu tej praktyki.*
3. *Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określa w drodze rozporządzenia:*
 - 1) *wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia, w których można wykonywać indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską i grupową praktykę lekarską;*
 - 2) *wymagania, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym urządzenia, za pomocą których można wykonywać czynności w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej;*
 - 3) *wymagania, jakim powinien odpowiadać sprzęt medyczny, o którym mowa w art. 50 ust. 4 pkt 3.*
4. *Rejestr indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich oraz grupowych praktyk lekarskich jest prowadzony w systemie ewidencyjno-informatycznym.*
5. *Do rejestru wpisuje się następujące dane:*
 - 1) *numer wpisu praktyki do rejestru;*
 - 2) *imię i nazwisko lekarza;*
 - 3) *imiona i nazwiska współników spółki w przypadku grupowej praktyki lekarskiej;*
 - 4) *numer ewidencji działalności gospodarczej;*
 - 5) *numer wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyków;*

- 6) oznaczenie rodzaju praktyki;
 - 7) oznaczenie terminu, na jaki został dokonany wpis praktyki;
 - 8) numer i datę uchwały o wpisie praktyki do rejestru oraz kolejne numery i daty uchwał o zmianie wpisu;
 - 9) numer i datę uchwały o wykreśleniu praktyki;
 - 10) adres praktyki lub adresy miejsc jej wykonywania;
 - 11) numer telefonu, faksu i adres poczty elektronicznej;
 - 12) adres miejsca przyjmowania wezwań;
 - 13) adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, narzędzi i sprzętu medycznego;
 - 14) rodzaje i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 15) oznaczenie organu sanitarnego oraz datę wydania opinii o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie świadczeń zdrowotnych w danym pomieszczeniu;
 - 16) datę wizytacji lub kontroli przeprowadzonej przez organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich;
 - 17) numer prawa wykonywania zawodu, numer PESEL, jeżeli taki posiada, i numer NIP, adres do korespondencji, posiadane specjalizacje - w przypadku gdy lekarz jest członkiem innej izby lekarskiej;
 - 18) numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego.
6. Dokumenty stanowiące podstawę wpisu do rejestru gromadzi się i przechowuje w aktach osobowych lekarza wraz z dokumentami objętymi okręgowym rejestrem lekarzy i lekarzy dentyków.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy tryb postępowania w sprawach dokonywania wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich, wzory wniosków o wpis do rejestrów, zaświadczeń o wpisie oraz sposób prowadzenia rejestrów, mając na uwadze dane, jakie powinny zawierać wnioski i zaświadczenia.]

[Art. 51.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia ustali, w drodze rozporządzenia, opłatę za wpis do rejestrów, o których mowa w art. 50 i art. 50a, uwzględniając w szczególności rodzaj praktyki lekarskiej objętej wpisem do rejestru oraz liczbę miejsc jej wykonywania.
2. Opłata, o której mowa w ust. 1, stanowi przychód organu prowadzącego rejestr praktyk lekarskich, do którego dokonano wpisu.

Art. 52.

1. Organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich dokonuje wykreślenia wpisu praktyki z rejestru, o którym mowa w art. 50 ust. 1 lub 2, w przypadku:
 - 1) niespełnienia warunków wykonywania działalności, o których mowa w art. 50;
 - 2) złożenia przez lekarza oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania działalności objętej wpisem;

- 3) *skreślenia lekarza z listy członków okręgowej izby lekarskiej z przyczyn określonych w art. 13 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich;*
- 4) *upływu terminu ważności wpisu.*
2. *Organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich dokonuje wykreślenia wpisu praktyki z rejestru, o którym mowa w art. 50a ust. 1 lub 2, w przypadku:*
 - 1) *niespełnienia przez spółkę warunków wykonywania działalności, o których mowa w art. 50a;*
 - 2) *upływu terminu ważności wpisu.*

Art. 52a.

Wpis do rejestru, odmowa wpisu, zmiana wpisu do rejestru dotycząca zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz skreślenie z rejestru następują w formie uchwały organu prowadzącego rejestr praktyk lekarskich.]

<Art. 52b.

1. **Okręgowa izba lekarska jest uprawniona do wizytacji w celu oceny wykonywania zawodu przez lekarzy wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.**
2. **Wizytacja jest przeprowadzana przez lekarzy upoważnionych przez okręgową radę lekarską.**
3. **Osoby, o których mowa w ust. 2, wykonując czynności wizytacyjne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo:**
 - 1) **żądania informacji i dokumentacji;**
 - 2) **wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą;**
 - 3) **udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;**
 - 4) **wglądu do dokumentacji medycznej;**
 - 5) **żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.**
4. **Po przeprowadzeniu czynności wizytacyjnych sporządza się wystąpienie powizytacyjne, które zawiera:**
 - 1) **imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania albo nazwę albo firmę oraz adres siedziby;**
 - 2) **miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;**
 - 3) **datę rozpoczęcia i zakończenia czynności wizytacyjnych;**
 - 4) **imiona i nazwiska osób wykonujących czynności wizytacyjne;**
 - 5) **opis stanu faktycznego;**
 - 6) **opis ewentualnych nieprawidłowości;**
 - 7) **wnioski osób wykonujących czynności wizytacyjne;**
 - 8) **datę i miejsce sporządzenia wystąpienia powizytacyjnego.**
5. **Jeżeli w wystąpieniu powizytacyjnym stwierdzono postępowanie sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej lub przepisami związanymi z wykonywaniem zawodu**

lekarza, okręgowa rada lekarska powiadamia okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

6. W przypadku stwierdzenia w trakcie wizytacji, że lekarz wykonujący zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej rażąco narusza warunki wykonywania działalności objętej wpisem, okręgowa rada lekarska wykreśla tę praktykę z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.>

[Art. 53.

1. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską może zatrudniać osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy).
2. Lekarz dentyista wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wpisaną na listę, o której mowa w art. 15 ust. 6, może zatrudniać lekarza dentyistę w celu odbywania przez niego stażu podyplomowego.
3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do indywidualnej praktyki lekarskiej i indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania lub na zasadach, o których mowa w art. 50 ust. 12.]

<Art. 53.

1. Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w miejscu wezwania może zatrudniać osoby niebędące lekarzami do wykonywania czynności pomocniczych (współpracy).
2. Lekarz, lekarz dentyista wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wpisaną odpowiednio na listę, o której mowa w art. 15 ust. 6, na listę jednostek organizacyjnych prowadzących szkolenie specjalizacyjne lub na listę, o której mowa w art. 17 ust. 4, może zatrudniać lekarza, lekarza dentyistę w celu odbywania przez niego:
 - 1) specjalizacji;
 - 2) szkolenia w celu uzyskania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonego świadczenia zdrowotnego.
3. Lekarz, lekarz dentyista, o którym mowa w ust. 2, jest obowiązany do poinformowania organu prowadzącego rejestr o zatrudnieniu lekarza, lekarza dentyisty.
4. Przepisów ust. 1–3 nie stosuje się do indywidualnej praktyki lekarskiej i indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania lub wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.>

[Art. 54.

1. Nadzór nad indywidualną praktyką lekarską, indywidualną specjalistyczną praktyką lekarską oraz nad grupową praktyką lekarską sprawuje właściwy organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich.
2. Organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich jest uprawniony w ramach nadzoru do:
 - 1) przeprowadzania czynności kontrolnych, a w szczególności:

- a) wizytacji pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia, o których mowa w art. 2 ust. 1 lub ust. 2,
 - b) obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń w ramach praktyki lekarskiej,
 - c) żądania informacji i udostępniania dokumentacji medycznej;
- 2) wydawania zaleceń pokontrolnych, mających na celu usunięcie stwierdzonych braków i wadliwości.
3. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1 i 2, na obszarze całego kraju wykonuje Naczelna Rada Lekarska.
4. Organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich lub Naczelna Rada Lekarska, na wniosek wojewody, organów samorządu terytorialnego, przekazuje informacje z wykonanych czynności, o których mowa w ust. 2.

Art. 55.

Organ prowadzący rejestr praktyk lekarskich przekazuje wojewodzie corocznie wyciąg z rejestrów, o których mowa w art. 50 i art. 50a, a także udziela w razie potrzeby informacji o danych wpisanych do tych rejestrów właściwemu wojewodzie lub organowi samorządu terytorialnego.

Art. 56.

1. *Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską oraz grupowa praktyka lekarska mogą podawać do publicznej wiadomości informacje o udzielanych świadczeniach zdrowotnych, o których mowa w art. 2. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy.*
2. *Naczelna Rada Lekarska określi zasady podawania do publicznej wiadomości informacji, o których mowa w ust. 1.]*

USTAWA z dnia 20 lutego 1997 r. O STOSUNKU PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO MARIAWITÓW W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 41, poz. 252, z późn. zm.)

Art. 11.

1. *Kościelne osoby prawne mają prawo zakładać i prowadzić szkoły oraz inne placówki oświatowo-wychowawcze i opiekuńczo-wychowawcze na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Mają one charakter mariawicki i podlegają władzy kościelnej.*
2. *Do nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych i opiekuńczo-wychowawczych, a także seminariach kapłańskich i instytucjach misyjnych prowadzonych przez Kościół stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące uprawnień nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i placówkach publicznych.*
3. *Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.]*

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

◇ druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

<3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.>

Art. 15.

[1. Wiernym przebywającym w szpitalach, prewentoriach i sanatoriach, w zakładach wychowawczo-opiekuńczych, poprawczych i karnych oraz osobom tymczasowo aresztowanym zapewnia się prawo do wykonywania praktyk religijnych oraz korzystania z posług religijnych.]

<1. Wiernym przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w zakładach wychowawczo-opiekuńczych, poprawczych i karnych oraz osobom tymczasowo aresztowanym zapewnia się prawo do wykonywania praktyk religijnych oraz korzystania z posług religijnych.>

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do dzieci i młodzieży korzystających z zorganizowanych form wypoczynku.

[3. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, kierownicy właściwych zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób.]

<3. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, kierownicy właściwych podmiotów i zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób.>

USTAWA z dnia 20 lutego 1997 r. O STOSUNKU PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA STAROKATOLICKIEGO MARIAWITÓW W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 41, poz. 253, z późn. zm.)

Art. 11.

1. Kościelne osoby prawne mają prawo zakładać i prowadzić szkoły oraz inne placówki oświatowo-wychowawcze i opiekuńczo-wychowawcze na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Mają one charakter mariawicki i podlegają władzy kościelnej.

2. Do nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych i opiekuńczo-wychowawczych, a także seminariach duchownych i instytucjach misyjnych prowadzonych przez Kościół stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące uprawnień nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i placówkach publicznych.

[3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.]

<3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.>

Art. 16.

[1. Wiernym przebywającym w szpitalach, prewentoriach i sanatoriach, w zakładach wychowawczo-opiekuńczych, poprawczych i karnych oraz osobom tymczasowo aresztowanym zapewnia się prawo do wykonywania praktyk religijnych oraz korzystania z posług religijnych.]

<1. Wiernym przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w zakładach wychowawczo-opiekuńczych, poprawczych i karnych oraz osobom tymczasowo aresztowanym zapewnia się prawo do wykonywania praktyk religijnych oraz korzystania z posług religijnych.>

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do dzieci i młodzieży korzystających z zorganizowanych form wypoczynku.

[3. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, kierownicy właściwych zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób.]

<3. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, kierownicy właściwych podmiotów i zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób.>

USTAWA z dnia 20 lutego 1997 r. O STOSUNKU PAŃSTWA DO KOŚCIOŁA ZIELONOŚWIĄTKOWEGO W RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 41, poz. 254, z późn. zm.)

Art. 14.

1. Kościelne osoby prawne mają prawo zakładać i prowadzić szkoły oraz inne placówki oświatowo-wychowawcze i opiekuńczo-wychowawcze na zasadach określonych w odrębnych przepisach. Mają one charakter wyznaniowy i podlegają władzy kościelnej.

2. Do nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i innych placówkach oświatowo-wychowawczych i opiekuńczo-wychowawczych, a także seminariach duchownych i instytutach misyjnych prowadzonych przez Kościół stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące uprawnień nauczycieli, wychowawców i pracowników zatrudnionych w szkołach i placówkach publicznych.

[3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.]

<3. Uczącym się w szkołach wymienionych w ust. 1 i 2 przysługują świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych oraz ulgi w opłatach za przejazdy środkami publicznego transportu zbiorowego na równi z uczniami szkół publicznych.>

Art. 19.

[1. Wiernym przebywającym w szpitalach, prewentoriach i sanatoriach, w zakładach wychowawczo-opiekuńczych, poprawczych i karnych oraz osobom tymczasowo

aresztowanym zapewnia się prawo do wykonywania praktyk religijnych oraz korzystania z posług religijnych.]

<1. Wiernym przebywającym w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w zakładach wychowawczo–opiekuńczych, poprawczych i karnych oraz osobom tymczasowo aresztowanym zapewnia się prawo do wykonywania praktyk religijnych oraz korzystania z posług religijnych.>

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do dzieci i młodzieży korzystających z zorganizowanych form wypoczynku.

3. W celu realizacji uprawnień, o których mowa w ust. 1 i 2, kierownicy właściwych zakładów zapewniają duchownym swobodny dostęp do tych osób.

4. Nabożeństwa dla osób, o których mowa w ust. 1, odbywają się w odpowiednio przystosowanych pomieszczeniach udostępnianych na ten cel przez kierowników właściwych instytucji prowadzonych przez administrację rządową lub samorządową.

[5. Minister Edukacji Narodowej oraz Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Naczelną Radą Kościoła określają, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady organizowania nauczania kościelnego, nabożeństw i wykonywania innych praktyk religijnych właściwych dla wyznania zielonoświątkowego dzieciom i młodzieży przebywającym w zakładach opiekuńczych i wychowawczych, w sanatoriach, prewentoriach i szpitalach oraz korzystającym z zorganizowanego odpoczynku.]

<5. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania, minister właściwy do spraw zdrowia, minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego i Minister Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Kościoła, określają, w drodze rozporządzenia, sposób organizowania nauczania kościelnego, nabożeństw i wykonywania innych praktyk religijnych właściwych dla wyznania zielonoświątkowego dzieciom i młodzieży przebywającym w zakładach opiekuńczych i wychowawczych, w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz korzystającym ze zorganizowanego odpoczynku, uwzględniając zapewnienie dostępu wiernych do wykonywania praktyk religijnych oraz korzystania z posług religijnych.>

USTAWA z dnia 6 czerwca 1997 r. – KODEKS POSTĘPOWANIA KARNEGO (Dz. U. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.)

Art. 618.

§ 1. Wydatki Skarbu Państwa obejmują w szczególności wypłaty dokonane z tytułu:

- 1) doręczenia wezwań i innych pism,
- 2) przejazdów sędziów, prokuratorów i innych osób z powodu czynności postępowania,
- 3) sprowadzenia i przewozu oskarżonego, świadków i biegłych,

- 4) oględzin, badań przedsięwziętych w toku postępowania oraz przesyłek i przechowania zajętych przedmiotów, jak również ich sprzedaży,
- 5) ogłoszeń w prasie, radiu i telewizji,
- 6) wykonania orzeczenia, w tym również o zabezpieczeniu grożących kar majątkowych, jeżeli kary te zostały orzeczone, z wyłączeniem kosztów utrzymania w zakładzie karnym i kosztów pobytu w zakładach leczniczych na obserwacji psychiatrycznej,
- 7) należności świadków i tłumaczy,
- 8) kosztów postępowania mediacyjnego,
- 9) należności biegłych lub instytucji wyznaczonych do wydania opinii lub wystawienia zaświadczenia, w tym koszty wystawienia zaświadczenia przez lekarza sądowego,

[9a) kosztów obserwacji psychiatrycznej oskarżonego w zespole opieki zdrowotnej, z wyłączeniem należności biegłych psychiatrów,]

<9a) kosztów obserwacji psychiatrycznej oskarżonego, z wyłączeniem należności biegłych psychiatrów,>

- 10) opłat przewidzianych za udzielenie informacji z rejestru skazanych,
 - 11) nie opłaconej przez strony pomocy prawnej udzielonej z urzędu przez adwokatów,
 - 12) ryczałtu kuratora sądowego za przeprowadzenie wywiadu środowiskowego, o którym mowa w art. 214 § 1,
 - 13) realizacji umów międzynarodowych, których Rzeczpospolita Polska jest stroną, i postępowań prowadzonych na podstawie działu XIII, także jeżeli nie zostało wydane postanowienie, o którym mowa w art. 303.
- § 2. Jeżeli wysokości i zasad ustalania należności określonych w § 1 nie regulują odrębne przepisy, Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, określi, w drodze rozporządzenia, wysokość i sposób ich obliczania, mając na uwadze faktyczny koszt dokonania danej czynności.
- § 3. W razie braku przepisów wymienionych w § 2, o wysokości danego wydatku decydują kwoty przyznane przez sąd, prokuratora lub inny organ prowadzący postępowanie.

USTAWA z dnia 6 czerwca 1997 r. – KODEKS KARNY WYKONAWCZY (Dz. U. Nr 90, poz. 557, z późn. zm.)

Art. 56.

- § 1. W celu wykonania nieodpłatnej, kontrolowanej pracy na cele społeczne sąd przesyła odpis orzeczenia właściwemu sądowemu kuratorowi zawodowemu.
- § 2. Właściwy wójt, burmistrz lub prezydent miasta, zwani dalej "właściwym organem gminy", wyznacza miejsca, w których może być wykonywana nieodpłatna, kontrolowana praca na cele społeczne; podmioty, dla których organ gminy, powiatu lub województwa jest organem założycielskim, a także państwowe lub samorządowe jednostki organizacyjne oraz spółki prawa handlowego z wyłącznym udziałem Skarbu

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

◇ druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

Państwa lub gminy, powiatu bądź województwa, mają obowiązek umożliwienia skazanym wykonywania nieodpłatnej, kontrolowanej pracy na cele społeczne.

[§ 3. Praca, o której mowa w § 2, może być także wykonywana na rzecz instytucji lub organizacji reprezentujących społeczność lokalną oraz w placówkach oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, placówkach służby zdrowia, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, fundacjach, stowarzyszeniach i innych instytucjach lub organizacjach użyteczności publicznej, niosących pomoc charytatywną, za ich zgodą.]

<§3. Praca, o której mowa w § 2, może być także wykonywana na rzecz instytucji lub organizacji reprezentujących społeczność lokalną oraz w placówkach oświatowo-wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, podmiotach leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, fundacjach, stowarzyszeniach i innych instytucjach lub organizacjach użyteczności publicznej, niosących pomoc charytatywną, za ich zgodą.>

Art. 113a.

§ 1. Skazany ma prawo co najmniej trzy razy w miesiącu dokonywać zakupów artykułów żywnościowych i wyrobów tytoniowych oraz innych artykułów dopuszczonych do sprzedaży w zakładzie karnym, za środki pieniężne pozostające do jego dyspozycji w depozycie. Skazana, o której mowa w art. 87 § 3 i 4, ma prawo do dokonywania dodatkowych zakupów artykułów żywnościowych.

§ 2. Skazanemu umożliwia się dokonanie pierwszego zakupu nie później niż trzeciego dnia roboczego po przyjęciu do zakładu karnego.

§ 3. Skazany ma prawo otrzymać raz na kwartał paczkę z żywnością o ciężarze nieprzekraczającym wraz z opakowaniem 5 kg. W uzasadnionym wypadku skazany może otrzymać, za zgodą dyrektora zakładu karnego, paczkę przekraczającą dopuszczalny ciężar.

§ 4. Skazany może, za zezwoleniem dyrektora zakładu karnego, otrzymywać paczki z niezbędną mu odzieżą, bielizną, obuwiem i innymi przedmiotami osobistego użytku oraz środkami higieny, a po pozytywnym zaopiniowaniu przez lekarza - również z lekami; wydawanie leków odbywa się na zasadach ustalonych przez lekarza.

§ 5. Paczki podlegają kontroli w obecności skazanego. W paczkach nie mogą być dostarczane artykuły, których sprawdzenie jest niemożliwe bez naruszenia w istotny sposób ich substancji, jak też artykuły w opakowaniach utrudniających kontrolę ich zawartości, a także przedmioty, o których mowa w art. 110a § 4.

[§ 6. Artykuły żywnościowe, uznane przez lekarza lub innego upoważnionego pracownika służby zdrowia zakładu karnego za nienadające się do spożycia, podlegają zniszczeniu w obecności skazanego.]

<§6. Artykuły żywnościowe, uznane przez lekarza lub inną upoważnioną osobę wykonującą zawód medyczny w podmiocie leczniczym dla osób pozbawionych wolności, za nienadające się do spożycia, podlegają zniszczeniu w obecności skazanego.>

§ 7. Dyrektor zakładu karnego może, na wniosek lub po zasięgnięciu opinii lekarza, zezwolić skazanemu, ze względu na stan jego zdrowia, na dokonywanie dodatkowych zakupów artykułów żywnościowych i otrzymywanie paczek o większym ciężarze.

Art. 115.

§ 1. Skazanemu zapewnia się bezpłatne świadczenia zdrowotne, leki i artykuły sanitarne.

§ 1a. Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności nie przysługuje prawo wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, lekarza dentystry oraz szpitala, określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135).

§ 2. Protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zapewnia się skazanemu bezpłatnie, jeżeli ich brak mógłby pogorszyć stan zdrowia lub uniemożliwić odbywanie kary pozbawienia wolności, a w innych wypadkach odpłatnie.

§ 3. Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, warunki i sposób zaopatrzenia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych w protezy, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze dostarczane tym osobom bezpłatnie, a także warunki odpłatności w wypadkach, gdy nie są spełnione przesłanki do uzyskania ich bezpłatnie, mając na względzie ochronę zdrowia osób osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych, ich możliwości zarobkowe oraz prawidłowość wykonywania tymczasowego aresztowania oraz kar i środków przymusu skutkujących pozbawieniem wolności, a także normalne funkcjonowanie w warunkach izolacji więziennej.

[§ 4. Świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności.]

<§4. Świadczenia zdrowotne udzielane są skazanemu przede wszystkim przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności.>

§ 5. *[Pozawięzienne zakłady opieki zdrowotnej współdziałają ze służbą zdrowia w zakładach karnych w zapewnieniu skazanym świadczeń zdrowotnych, gdy konieczne jest w szczególności:]* **<Podmioty lecznicze inne niż podmioty, o których mowa w § 4, współdziałają z tymi podmiotami, w zapewnieniu skazanym świadczeń zdrowotnych, gdy konieczne jest w szczególności:>**

- 1) natychmiastowe udzielenie świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia skazanego,
- 2) przeprowadzenie specjalistycznych badań, leczenia lub rehabilitacji skazanego,
- 3) zapewnienie świadczeń zdrowotnych skazanemu, który korzysta z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego.

[§ 6. W szczególnie uzasadnionych wypadkach dyrektor zakładu karnego, po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu karnego, może zezwolić skazanemu, na jego koszt, na leczenie przez wybranego przez niego innego lekarza, niż zakładu określonego w § 4, oraz na korzystanie z dodatkowych leków i innych środków medycznych.]

§ 7. Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego świadczenia zdrowotne są udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonywającego zawodu medycznego; na wniosek funkcjonariusza lub pracownika więziennego zakładu opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, świadczenia

zdrowotne mogą być udzielane skazanemu bez obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego.]

<§6. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, dyrektor zakładu karnego, po zasięgnięciu opinii lekarza zakładu karnego, może zezwolić skazanemu, na jego koszt, na leczenie przez wybranego przez niego innego lekarza, podmiotu innego niż określony w § 4, oraz na korzystanie z dodatkowych leków i innych wyrobów medycznych.

§7. Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu zamkniętego świadczenia zdrowotne są udzielane w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego; na wniosek funkcjonariusza lub pracownika podmiotu leczniczego dla osób pozbawionych wolności, świadczenia zdrowotne mogą być udzielane skazanemu bez obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego.>

§ 8. Skazanemu odbywającemu karę pozbawienia wolności w zakładzie karnym typu półotwartego świadczenia zdrowotne mogą być udzielane na wniosek osoby wykonującej świadczenie w obecności funkcjonariusza niewykonującego zawodu medycznego, jeżeli wymaga tego bezpieczeństwo tej osoby.

[§ 9. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności przez zakłady opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, mając na uwadze konieczność zapewnienia osobom pozbawionym wolności świadczeń opieki zdrowotnej także przez pozawięzienne zakłady opieki zdrowotnej, jeżeli ich udzielenie przez zakłady przeznaczone dla osób pozbawionych wolności nie jest możliwe.]

§ 10. Minister Sprawiedliwości oraz minister właściwy do spraw zdrowia określą, w drodze rozporządzenia, szczegółowe zasady, zakres i tryb współdziałania zakładów opieki zdrowotnej ze służbą zdrowia w zakładach karnych i aresztach śledczych w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności, gdy konieczne jest w szczególności natychmiastowe udzielenie świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia osoby pozbawionej wolności, przeprowadzenie specjalistycznego badania, leczenia lub rehabilitacji osoby pozbawionej wolności, a także zapewnienie świadczenia zdrowotnego osobie pozbawionej wolności korzystającej z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego lub aresztu śledczego.]

<§9. Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki, zakres i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności, mając na uwadze konieczność zapewnienia osobom pozbawionym wolności świadczeń opieki zdrowotnej także przez inne podmioty wykonujące działalność leczniczą, jeżeli udzielenie takich świadczeń przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności nie jest możliwe, w szczególności z powodu braku wyposażenia zakładów karnych i aresztów śledczych w specjalistyczny sprzęt medyczny.

§10. Minister Sprawiedliwości oraz minister właściwy do spraw zdrowia, określą, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki, zakres i tryb współdziałania podmiotów leczniczych z podmiotami, o których mowa w § 4, w zapewnieniu świadczeń zdrowotnych osobom pozbawionym wolności, gdy konieczne jest w

szczególności natychmiastowe udzielenie świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia osoby pozbawionej wolności, przeprowadzenie specjalistycznego badania, leczenia lub rehabilitacji osoby pozbawionej wolności, a także zapewnienie świadczenia zdrowotnego osobie pozbawionej wolności korzystającej z przepustki lub czasowego zezwolenia na opuszczenie zakładu karnego lub aresztu śledczego.>

Art. 115a.

[§1. Osobie pozbawionej wolności, w razie choroby uniemożliwiającej stawienie w postępowaniu prowadzonym przez sąd lub organ prowadzący postępowanie karne, na podstawie Kodeksu postępowania karnego, w którym obecność osoby pozbawionej wolności była obowiązkowa lub gdy wносиła ona o dopuszczenie do czynności, będąc uprawnioną do wzięcia w niej udziału lub przez sąd, na podstawie Kodeksu postępowania cywilnego, zaświadczenie usprawiedliwiające niestawienie wystawia lekarz zakładu opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności.]

<§1. Osobie pozbawionej wolności, w razie choroby uniemożliwiającej stawienie w postępowaniu prowadzonym przez sąd lub organ prowadzący postępowanie karne, na podstawie Kodeksu postępowania karnego, w którym obecność osoby pozbawionej wolności była obowiązkowa lub gdy wносиła ona o dopuszczenie do czynności, będąc uprawnioną do wzięcia w niej udziału lub przez sąd, na podstawie Kodeksu postępowania cywilnego, zaświadczenie usprawiedliwiające niestawienie wystawia lekarz podmiotu, o którym mowa w art. 115 § 4.>

§ 2. Minister Sprawiedliwości, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, tryb wystawiania zaświadczenia potwierdzającego zdolność albo niezdolność stawienia osoby pozbawionej wolności w przypadku choroby na wezwanie lub zawiadomienie sądu lub organu prowadzącego postępowanie karne oraz sposób doręczania zaświadczenia sądowi lub organowi prowadzącemu postępowanie karne, mając na uwadze konieczność zapewnienia prawidłowego toku postępowania oraz uwzględniając specyfikę opieki zdrowotnej w warunkach izolacji więziennej.

Art. 167a.

§ 1. Przy zwolnieniu z zakładu karnego skazany otrzymuje, za pokwitowaniem, znajdujące się w depozycie dokumenty, pieniądze, przedmioty wartościowe i inne przedmioty, jeżeli nie zostały zatrzymane albo zajęte w drodze zabezpieczenia lub egzekucji.

§ 2. Skazany otrzymuje ponadto świadectwo zwolnienia z zakładu karnego oraz zaświadczenie o zatrudnieniu. Skazany wymagający leczenia otrzymuje skierowanie do lekarza specjalisty lub do szpitala, jeżeli takie są wskazania lekarskie oraz wyniki wykonanych badań diagnostycznych niezbędnych dla dalszego postępowania leczniczego lub diagnostycznego.

§ 3. Jako ekwiwalent pomocy pieniężnej, o której mowa w art. 166 § 3, skazany może otrzymać przy zwolnieniu stosowną do pory roku odzież, bieliznę, obuwie, bilet na przejazd, a także artykuły żywnościowe na czas podróży. Decyzje w tym zakresie podejmuje dyrektor zakładu karnego.

[§ 4. Jeżeli osoba zwolniona z zakładu karnego wymaga leczenia szpitalnego, a jej stan zdrowia nie pozwala na przeniesienie do publicznego zakładu opieki zdrowotnej,

pozostaje ona na leczeniu w zakładzie karnym do czasu, gdy jej stan zdrowia pozwoli na takie przeniesienie.]

<§4. Jeżeli osoba zwolniona z zakładu karnego wymaga leczenia szpitalnego, a jej stan zdrowia nie pozwala na przeniesienie do szpitala, pozostaje ona na leczeniu w zakładzie karnym do czasu, gdy jej stan zdrowia pozwoli na takie przeniesienie.>

§ 5. Przepis § 4 ma zastosowanie, jeżeli osoba zwolniona wyraża zgodę na dalsze leczenie w zakładzie karnym, co powinno być potwierdzone jej podpisem w indywidualnej dokumentacji medycznej. W razie niemożności wyrażenia tej zgody przez osobę zwolnioną, decyzję o pozostawieniu jej na leczeniu w zakładzie karnym podejmuje dyrektor zakładu karnego na wniosek lekarza. Wobec osoby, o której mowa w § 4, stosuje się przepisy porządkowe obowiązujące w zakładzie karnym. Przepisy art. 118 § 1, 2 i 4 stosuje się odpowiednio.

§ 6. Jeżeli zwalniany skazany jest niezdolny z powodów zdrowotnych do samodzielnego powrotu do miejsca zameldowania lub miejsca przebywania bez zameldowania, administracja zakładu karnego jest obowiązana w okresie poprzedzającym zwolnienie nawiązać kontakt z rodziną, osobą bliską lub wskazaną przez skazanego inną osobą i powiadomić ją o terminie zwolnienia. *[W wypadku gdy działania administracji zakładu karnego okazały się bezskuteczne, administracja zakładu karnego jest obowiązana udzielić zwolnionemu pomocy w udaniu się do miejsca zameldowania lub miejsca przebywania bez zameldowania albo publicznego zakładu opieki zdrowotnej.]*
<W wypadku, gdy działania administracji zakładu karnego okazały się bezskuteczne, administracja zakładu karnego jest obowiązana udzielić zwolnionemu pomocy w udaniu się do miejsca zameldowania lub miejsca przebywania bez zameldowania albo podmiotu leczniczego.>

§ 7. Jeżeli osoba, o której mowa w § 4, nie wyraża zgody na dalsze leczenie w zakładzie karnym, lekarz poucza ją o możliwych następstwach zdrowotnych odmowy leczenia. Fakt odmowy powinien być potwierdzony podpisem zwolnionego w indywidualnej dokumentacji medycznej, a w wypadku odmowy podpisu - notatką urzędową na tę okoliczność.

Art. 200.

[§ 1. Środki zabezpieczające związane z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym, przewidziane w Kodeksie karnym, wykonuje się w zakładach psychiatrycznych i w zakładach leczenia odwykowego.]

<§1. Środki zabezpieczające związane z umieszczeniem sprawcy w zakładzie zamkniętym, przewidziane w Kodeksie karnym, wykonuje się w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej, zwanych dalej „zakładami psychiatrycznymi”, i w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzależnień, zwanych dalej „zakładami leczenia odwykowego”.>

§ 2. Zakłady psychiatryczne, o których mowa w § 1, mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami:

- 1) podstawowego zabezpieczenia,
- 2) wzmocnionego zabezpieczenia,
- 3) maksymalnego zabezpieczenia.

- § 3. Zakłady leczenia odwykowego, o których mowa w § 1, mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia.
- § 3a. Zakłady psychiatryczne wykonujące środek zabezpieczający przewidziany w art. 95a Kodeksu karnego w postaci umieszczenia w zakładzie zamkniętym, organizowane są jako zakłady dysponujące warunkami wzmocnionego zabezpieczenia.
- § 3b. Środek zabezpieczający przewidziany w art. 95a Kodeksu karnego w postaci skierowania na leczenie ambulatoryjne, wykonuje się w zakładach ambulatoryjnych.
- § 4. (uchylony).
- § 5. Zakłady, o których mowa w § 2 pkt 3, podlegają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Art. 211.

- § 1. Po przyjęciu tymczasowo aresztowanego do aresztu śledczego bezzwłocznie zawiadamia się o tym organ, do którego dyspozycji tymczasowo aresztowany pozostaje.
- § 2. Tymczasowo aresztowany ma prawo, bezzwłocznie po osadzeniu go w areszcie śledczym, zawiadomić o miejscu swojego pobytu osobę najbliższą albo inną osobę, stowarzyszenie, organizację lub instytucję, a także swojego obrońcę. Tymczasowo aresztowany cudzoziemiec ma ponadto prawo powiadomić właściwy urząd konsularny, a w razie braku takiego urzędu - właściwe przedstawicielstwo dyplomatyczne.
- § 3. Tymczasowo aresztowanego zwalnia się w dniu, w którym upływa termin zastosowania tymczasowego aresztowania.
- § 4. Bezpośrednio przed zwolnieniem z aresztu śledczego tymczasowo aresztowanemu udziela się stosownych informacji mających na celu przygotowanie go do życia po zwolnieniu, w tym także o zakresie pomocy postpenitencjarnej oraz o instytucjach i organach udzielających tej pomocy.
- [§ 5. *Administracja aresztu śledczego jest obowiązana udzielić zwalnianemu pomocy w udaniu się do miejsca zameldowania lub miejsca zamieszkania albo do publicznego zakładu opieki zdrowotnej.*]
- <§5. Administracja aresztu śledczego jest obowiązana udzielić zwalnianemu pomocy w udaniu się do miejsca zameldowania lub miejsca zamieszkania albo do podmiotu leczniczego.>**
- § 6. Wykonywanie tymczasowego aresztowania ustaje po rozpoczęciu wykonywania środka zabezpieczającego, o którym mowa w art. 94 § 1 i art. 96 § 1 Kodeksu karnego.
- § 7. W wypadku skierowania do wykonania orzeczenia o zastosowaniu środka zabezpieczającego wymienionego w § 6 wobec osoby tymczasowo aresztowanej także w innej sprawie, wykonanie tego środka następuje po uchyleniu w tej sprawie tymczasowego aresztowania.

USTAWA z dnia 27 czerwca 1997 r. O BIBLIOTEKACH (Dz. U. Nr 85, poz. 539, z późn. zm.)

Art. 26.

[1. W celu zapewnienia obsługi bibliotecznej specjalnych grup użytkowników prowadzone są biblioteki w zakładach opieki zdrowotnej, w domach pomocy społecznej, w zakładach karnych, poprawczych i schroniskach dla nieletnich, a także w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej i Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji.]

<1. W celu zapewnienia obsługi bibliotecznej specjalnych grup użytkowników prowadzone są biblioteki w podmiotach leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w domach pomocy społecznej, w zakładach karnych, poprawczych i schroniskach dla nieletnich, a także w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej i Ministrowi Spraw Wewnętrznych i Administracji.>

2. Właściwi ministrowie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw kultury i ochrony dziedzictwa narodowego, określają, w drodze rozporządzenia, zasady organizacji obsługi bibliotecznej, o której mowa w ust. 1, oraz zasady współdziałania bibliotek publicznych w wykonywaniu tej obsługi.

USTAWA z dnia 27 czerwca 1997 r. O SŁUŻBIE MEDYCyny PRACY (Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317, z późn. zm.)

Art. 2.

1. Zadania służby medycyny pracy wykonują: lekarze, pielęgniarki, psychologowie i inne osoby o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do wykonywania wielodyscyplinarnych zadań tej służby.

2. Jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy są:

[1) jednostki podstawowe:

a) zakłady opieki zdrowotnej tworzone i utrzymywane w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi,

b) jednostki organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej wydzielone w celu realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi,

c) lekarze wykonujący indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub wykonujący zawód w formie grupowej praktyki lekarskiej

- zwane dalej "podstawowymi jednostkami służby medycyny pracy";]

<1) podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, z wyłączeniem pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami, zwane dalej „podstawowymi jednostkami służby medycyny pracy”;>

- 2) wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.
3. Zadania służby medycyny pracy realizują, w zakresie i na zasadach określonych w ustawie:
 - 1) pielęgniarki wykonujące indywidualną praktykę pielęgniarską, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarską, grupową praktykę pielęgniarską, z wyłączeniem zadań, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. a-e, g i h oraz pkt 3;
 - 2) psychologzy oraz osoby o kwalifikacjach, o których mowa w ust. 1, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.
4. Zadania służby medycyny pracy realizują, w zakresie i na zasadach określonych w ustawie, także jednostki badawczo-rozwojowe i jednostki organizacyjne uczelni medycznych, prowadzące działalność w dziedzinie medycyny pracy.

Art. 4.

Ilekroć w ustawie jest mowa o:

- 1) profilaktycznej opiece zdrowotnej - należy przez to rozumieć ogół działań zapobiegających powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy;
- 2) pracującym - należy przez to rozumieć osoby wymienione w art. 5 ust. 1 i 3;
- 3) pracodawcy - należy przez to rozumieć jednostkę organizacyjną, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną - jeżeli podmioty te zatrudniają pracowników - lub będący odpowiednikiem pracodawcy podmiot stosunku służbowego;
- 4) ryzyku zawodowym - należy przez to rozumieć możliwość wystąpienia niepożądanych, związanych z wykonywaną pracą zdarzeń powodujących straty, w szczególności niekorzystnych skutków zdrowotnych będących wynikiem zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy lub związanych ze sposobem wykonywania pracy;
- 4a) (uchylony);
- [5) *ustawie o zakładach opieki zdrowotnej - należy przez to rozumieć ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984 oraz z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215).*]

Art. 10.

1. Podjęcie oraz zakończenie działalności przez podstawową jednostkę służby medycyny pracy, pielęgniarkę, psychologa lub inną osobę, o której mowa w art. 2 ust. 1, w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi wymaga zgłoszenia, w formie

- pisemnej, we właściwym ze względu na miejsce jej wykonywania wojewódzkim ośrodkiem medycyny pracy.
2. Zgłoszenia dokonuje podstawowa jednostka służby medycyny pracy, pielęgniarka lub psycholog, o których mowa w art. 2 ust. 3, albo inna osoba, o której mowa w art. 2 ust. 1.
 3. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 1, w zależności od podmiotu podejmującego lub kończącego działalność w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej zawiera odpowiednio:
 - 1) nazwę podstawowej jednostki służby medycyny pracy albo imię i nazwisko;
 - 2) adres miejsca wykonywania praktyki, o której mowa w art. 2 ust. 2 pkt 1 lit. c i ust. 3 pkt 1, albo adres prowadzonej działalności gospodarczej, o której mowa w art. 2 ust. 3 pkt 2;
 - [3) oznaczenie podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej i adres tego zakładu, jeżeli zgłoszenia dokonuje podstawowa jednostka służby medycyny pracy będąca zakładem opieki zdrowotnej lub jednostką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej wydzieloną w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi;]*
 - <3) oznaczenie podmiotu tworzącego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej i adres podmiotu leczniczego sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi, jeżeli zgłoszenia dokonuje podstawowa jednostka służby medycyny pracy niebędąca lekarzem wykonującym zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub grupową praktykę lekarską;>**
 - 4) numer prawa wykonywania zawodu;
 - 5) termin podjęcia lub zakończenia działalności;
 - 6) informacje o dodatkowych kwalifikacjach do przeprowadzania badań profilaktycznych lub wykonywania zadań służby medycyny pracy.
 4. Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 30 dni od dnia podjęcia lub zakończenia działalności.

Art. 14.

[1. Podstawowa jednostka służby medycyny pracy może zlecić, na podstawie umowy, wykonywanie niektórych świadczeń, w szczególności badań diagnostycznych i specjalistycznych konsultacji lekarskich, zakładom opieki zdrowotnej lub podmiotom uprawnionym do wykonywania tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów.]

- <1. Podstawowa jednostka służby medycyny pracy może zlecić, na podstawie umowy, wykonywanie niektórych świadczeń, w szczególności badań diagnostycznych i specjalistycznych konsultacji lekarskich, podmiotom wykonującym działalność leczniczą uprawnionym do wykonywania tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów.>**
2. Koszty zleceń, o których mowa w ust. 1, obciążają podstawową jednostkę służby medycyny pracy.

Art. 17.

Do zadań wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy należy w szczególności:

- 1) udzielanie konsultacji podstawowym jednostkom służby medycyny pracy;

[2) wykonywanie kontroli podstawowych jednostek służby medycyny pracy i osób realizujących zadania tej służby poza zakładami opieki zdrowotnej, w zakresie i w sposób określony w ustawie;]

<2) wykonywanie kontroli podstawowych jednostek służby medycyny pracy, w zakresie i w sposób określony w ustawie;>

- 3) prowadzenie podyplomowego kształcenia z zakresu medycyny pracy, z wyjątkiem tych form, które z mocy odrębnych przepisów są zastrzeżone do kompetencji innych jednostek;
- 4) prowadzenie działalności diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie chorób zawodowych;
- 5) rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy;
- 6) współdziałanie w programowaniu i realizacji zadań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia;
- 7) udzielanie konsultacji i opiniowanie spraw dotyczących organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz innych spraw związanych z ochroną zdrowia pracujących;
- 8) prowadzenie rejestrów zgłoszeń, o których mowa w art. 10;
- 9) udzielanie świadczeń zdrowotnych, w ilościach niezbędnych do prowadzenia specjalizacji z medycyny pracy i innych specjalizacji lekarskich, których program obejmuje odbycie staży kierunkowych w zakresie medycyny pracy - na zasadach określonych w art. 12;
- 10) udzielanie świadczeń zdrowotnych na zlecenie jednostek podstawowych służby medycyny pracy w zakresie i na zasadach określonych w art. 14;
- 11) przyjmowanie, gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie dokumentacji służby medycyny pracy, przekazanej w związku z likwidacją jednostek organizacyjnych tej służby;
- 12) gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji zawartych w rejestrach, o których mowa w art. 10, oraz dokumentacji z kontroli jednostek podstawowych służby medycyny pracy zarejestrowanych na terenie województwa;
- 13) przeprowadzanie okresowych badań lekarskich realizowanych w trybie art. 229 § 5 Kodeksu pracy, w przypadku gdy podmiot, który zatrudniał pracownika, uległ likwidacji;
- 14) przeprowadzanie badań i wydawanie orzeczeń lekarskich określonych w odrębnych przepisach.

Art. 20.

1. Kontrolę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy oraz kontrolę realizacji zadań, o których mowa w art. 17, przeprowadzają, na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia, jednostki, o których mowa w art. 2 ust. 4.

[2. Przepisy ust. 1 oraz art. 18 i 19 nie naruszają przepisów o kontroli zakładów opieki zdrowotnej oraz przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza lub przepisów o wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej.]

<2. Przepisy ust. 1 oraz art. 18 i 19 nie naruszają przepisów o kontroli wykonywanej na podstawie przepisów o działalności leczniczej oraz przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza lub przepisów o wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej.>

USTAWA z dnia 1 sierpnia 1997 r. O TRYBUNALE KONSTYTUCYJNYM (Dz. U. Nr 102, poz. 643, z późn. zm.)

Art. 11.

1. Wygaśnięcie mandatu sędziego Trybunału stwierdza Zgromadzenie Ogólne na skutek:
 - 1) zrzeczenia się stanowiska sędziego Trybunału,
 - 2) stwierdzenia orzeczeniem komisji lekarskiej trwałej niezdolności do pełnienia obowiązków sędziego Trybunału z powodu choroby, ułomności lub upadku sił,
 - 3) skazania prawomocnym wyrokiem sądu,
 - 4) prawomocnego orzeczenia dyscyplinarnego o skazaniu na karę usunięcia ze stanowiska sędziego Trybunału.
2. Wygaśnięcie mandatu sędziego Trybunału na skutek śmierci stwierdza prezes Trybunału.
3. Zgromadzenie Ogólne podejmuje uchwałę po przeprowadzeniu stosownego postępowania wyjaśniającego, a w szczególności po zaznajomieniu się z aktami postępowania karnego lub dyscyplinarnego i wysłuchaniu zainteresowanego, chyba że nie jest to możliwe. *[W przypadku trwałej niezdolności do pełnienia obowiązków ze względu na stan zdrowia, Trybunał może zwrócić się do odpowiedniego zakładu opieki zdrowotnej o wyrażenie opinii o stanie zdrowia sędziego Trybunału.]* **<W przypadku trwałej niezdolności do pełnienia obowiązków ze względu na stan zdrowia, Trybunał może zwrócić się do odpowiedniego podmiotu wykonującego działalność leczniczą o wyrażenie opinii o stanie zdrowia sędziego Trybunału.>**
4. Akt stwierdzający wygaśnięcie mandatu prezes Trybunału przekazuje Marszałkowi Sejmu.

USTAWA z dnia 20 sierpnia 1997 r. O KRAJOWYM REJESTRZE SĄDOWYM (Dz. U. z 2007 r. Nr 168, poz. 1186, z późn. zm.)

Art. 1.

1. Tworzy się Krajowy Rejestr Sądowy, zwany dalej "Rejestrem".
2. Rejestr składa się z:
 - 1) rejestru przedsiębiorców;
 - [2) rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej;]*
 - <2) rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;>**

3) rejestru dłużników niewypłacalnych.

Art. 4.

1. Minister Sprawiedliwości utworzy Centralną Informację Krajowego Rejestru Sądowego, zwaną dalej "Centralną Informacją", z oddziałami przy sądach rejestrowych.
 2. Zadaniem Centralnej Informacji jest:
 - 1) prowadzenie zbioru informacji Rejestru oraz elektronicznego katalogu dokumentów spółek, zwanego dalej "katalogiem";
 - 2) udzielanie informacji z Rejestru oraz przechowywanie i udostępnianie kopii dokumentów z katalogu;
 - 3) utworzenie i eksploatacja połączeń Rejestru i katalogu w systemie informatycznym.
 3. Centralna Informacja wydaje odpisy, wyciągi i zaświadczenia oraz udziela informacji z Rejestru, które mają moc dokumentów urzędowych, jeżeli zostały wydane w formie papierowej.
 - 3a. Centralna Informacja wydaje z katalogu, drogą elektroniczną, kopie dokumentów, które są poświadczane za zgodność z dokumentami znajdującymi się w aktach rejestrowych podmiotu.
 4. Centralna Informacja pobiera opłaty za udzielanie informacji, wydawanie odpisów, wyciągów lub zaświadczeń z Rejestru oraz za udostępnianie kopii dokumentów z katalogu. Opłaty te stanowią dochód budżetu państwa.
- [4a. Centralna Informacja bezpłatnie udostępnia, w ogólnodostępnych sieciach informatycznych, podstawowe informacje o podmiotach wpisanych do rejestru przedsiębiorców i do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym również o organizacjach i podmiotach, które uzyskały status organizacji pożytku publicznego.]*
- <4a. Centralna Informacja bezpłatnie udostępnia, w ogólnodostępnych sieciach informatycznych, podstawowe informacje o podmiotach wpisanych do rejestru przedsiębiorców i do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym również o organizacjach i podmiotach, które uzyskały status organizacji pożytku publicznego.>**
- 4b. Centralna Informacja udostępnia bezpłatnie, w ogólnodostępnych sieciach teleinformatycznych, listę podmiotów, wobec których w dziale 6 rejestru przedsiębiorców wpisano informację o ogłoszeniu upadłości. Lista zawiera następujące dane:
 - 1) nazwę lub firmę;
 - 2) numer KRS;
 - 3) numer NIP;
 - 4) siedzibę przedsiębiorcy;
 - 5) datę wydania orzeczenia o ogłoszeniu upadłości wraz z określeniem sposobu prowadzenia postępowania upadłościowego;
 - 6) sygnaturę sprawy i określenie sądu, który ogłosił upadłość;
 - 7) datę oraz sposób zakończenia postępowania upadłościowego.

5. (uchylony).
6. (uchylony).
7. (uchylony).

Rozdział 3

[Rejestr stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej]

<Rejestr stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej>

Art. 49.

[1. Stowarzyszenia, inne organizacje społeczne i zawodowe, fundacje oraz publiczne zakłady opieki zdrowotnej podlegają obowiązkowi wpisu do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zgodnie z przepisami rozdziału 2, jeżeli przepisy poniższe nie stanowią inaczej.]

- <1. Stowarzyszenia, inne organizacje społeczne i zawodowe, fundacje oraz samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej podlegają obowiązkowi wpisu do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zgodnie z przepisami rozdziału 2, jeżeli przepisy poniższe nie stanowią inaczej.>**
2. Wpisy do rejestru, o którym mowa w ust. 1, nie podlegają obowiązkowi ogłaszania w Monitorze Sądowym i Gospodarczym.
3. Przepisów art. 26 oraz art. 28-33 nie stosuje się.
4. Jeżeli podmiot podlegający obowiązkowi wpisu do rejestru, o którym mowa w ust. 1, nie składa wniosku o wpis do rejestru przedsiębiorców, art. 19a ust. 1 i 2 nie stosuje się.

[Art. 49a.

- 1. Do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej wpisuje się także organizacje pożytku publicznego, jeżeli nie mają, z innego tytułu, obowiązku dokonania wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego po spełnieniu wymagań, o których mowa w art. 20 lub 21 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.*
- 2. Z wpisem, o którym mowa w ust. 1, nie wiąże się nabycie osobowości prawnej przez taką organizację, a w dziale 1 rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej ujawnia się informację, że organizacja pożytku publicznego nie posiada osobowości prawnej.*
- 3. W przypadku gdy organizacja pożytku publicznego przestała spełniać wymagania określone w art. 20 lub 21 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, sąd rejestrowy z urzędu wykreśla ją z rejestru.]*

<Art. 49a.

- 1. Do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wpisuje się także organizacje pożytku publicznego, jeżeli nie mają, z innego tytułu, obowiązku**

dokonania wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego po spełnieniu wymagań, o których mowa w art. 20 lub art. 21 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

2. Z wpisem, o którym mowa w ust. 1, nie wiąże się nabycie osobowości prawnej przez taką organizację, a w dziale 1 rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej ujawnia się informację, że organizacja pożytku publicznego nie posiada osobowości prawnej.>

[Art. 50.

Jeżeli podmiot wpisany do rejestru, o którym mowa w art. 49 ust. 1, podejmuje działalność gospodarczą, podlega obowiązkowi wpisu także do rejestru przedsiębiorców, z wyjątkiem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i kolumny transportu sanitarnego.]

<Art.50.

Jeżeli podmiot wpisany do rejestru, o którym mowa w art. 49 ust. 1, podejmuje działalność gospodarczą, podlega obowiązkowi wpisu także do rejestru przedsiębiorców, z wyjątkiem samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.>

Art. 52.

1. Przy rejestracji stowarzyszenia, związku zawodowego, organizacji pracodawców i innych organizacji społecznych i zawodowych w dziale 1 wpisuje się osoby wchodzące w skład komitetu założycielskiego, chyba że został powołany organ reprezentacji.
2. (uchylony).
3. (uchylony).

[4. Przy rejestracji stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz kolumn transportu sanitarnego w dziale 1 wpisuje się organ sprawujący nadzór.]

<4. Przy rejestracji stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w dziale 1 wpisuje się organ sprawujący nadzór.>

5. Przy rejestracji podmiotu posiadającego status organizacji pożytku publicznego wpisuje się w dziale 1 zaznaczenie tej okoliczności, a w dziale 3 określenie przedmiotu jego działalności statutowej, z wyodrębnieniem działalności odpłatnej i nieodpłatnej.

[Art. 53.

Przy rejestracji publicznych zakładów opieki zdrowotnej - w dziale 1 wpisuje się oznaczenie podmiotu, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej, a w dziale 2 - nazwisko i imiona kierownika tego zakładu i jego kwalifikacje oraz skład rady nadzorczej, jeżeli jest powołana.]

<Art.53.

Przy rejestracji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w dziale 1 wpisuje się oznaczenie podmiotu tworzącego, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, a w dziale 2 – nazwisko i imiona kierownika samodzielnego publicznego

zakładu opieki zdrowotnej i jego kwalifikacje oraz skład rady społecznej, jeżeli jest powołana.>

[Art. 54.

Minister Sprawiedliwości, w drodze rozporządzenia, określi szczegółowy sposób prowadzenia rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółową treść wpisów w tym rejestrze.]

<Art.54.

Minister Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób prowadzenia rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółową treść wpisów w tym rejestrze, kierując się potrzebą zapewnienia przejrzystości rejestru.>

USTAWA z dnia 22 sierpnia 1997 r. O PUBLICZNEJ SŁUŻBIE KRWI (Dz. U. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.)

Art. 3.

1. Krwiodawstwo jest oparte na zasadzie dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi. Wyjątki od tej zasady określa ustawa.

[2. Organy państwowe i samorządowe, Polski Czerwony Krzyż, organizacje honorowych dawców krwi, zakłady opieki zdrowotnej, osoby wykonujące zawody medyczne oraz środki masowego przekazu powinny popierać działania publicznej służby krwi w zakresie propagowania, rozwijania dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi i stwarzania sprzyjających temu warunków.]

<2. Organy państwowe i samorządowe, Polski Czerwony Krzyż, organizacje honorowych dawców krwi, podmioty lecznicze w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osoby wykonujące zawody medyczne oraz środki masowego przekazu powinny popierać działania publicznej służby krwi w zakresie propagowania, rozwijania dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi i stwarzania sprzyjających temu warunków.>

[Art. 20.

Zakład opieki zdrowotnej nie może uzależnić zastosowania w leczeniu krwi od oddania krwi przez inną osobę.]

<Art.20.

Podmiot leczniczy wykonujący stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne nie może uzależnić zastosowania w leczeniu krwi od oddania krwi przez inną osobę.>

Art. 21.

[1. Przetoczenia krwi mogą dokonywać wyłącznie:

- 1) lekarz zakładu opieki zdrowotnej,
- 2) na zlecenie lekarza pielęgniarka lub położna zakładu opieki zdrowotnej, pod warunkiem że odbyła organizowane przez regionalne centrum, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA odpowiednie przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem.]

<1. Przetoczenia krwi mogą dokonywać wyłącznie:

- 1) lekarz wykonujący zawód w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,
 - 2) na zlecenie lekarza pielęgniarka lub położna wykonująca zawód w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, pod warunkiem że odbyła organizowane przez regionalne centrum, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA odpowiednie przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem.>
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi, uwzględniając wykaz umiejętności związanych z przetaczaniem krwi, będących przedmiotem szkolenia, a także tryb wydawania zaświadczenia o odbytym szkoleniu przez podmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 2.

[3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i organizację leczenia krwią w zakładach opieki zdrowotnej, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami, uwzględniając obowiązki i zadania: kierownika zakładu opieki zdrowotnej, ordynatora oddziału, lekarzy i pielęgniarek, sposób powoływania banku krwi zakładu opieki zdrowotnej oraz jego lokalizację i organizację pracy, a także sposób sprawowania nadzoru nad działaniem banku krwi zakładu opieki zdrowotnej oraz stosowaniem leczenia krwią i jej składnikami w zakładzie opieki zdrowotnej.]

<3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób i organizację leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami, uwzględniając zadania: kierownika tego podmiotu, ordynatora oddziału, lekarzy i pielęgniarek, sposób powoływania banku krwi w tym podmiocie oraz jego lokalizację i organizację pracy, a także sposób sprawowania nadzoru nad działaniem banku krwi w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w którym przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami oraz stosowaniem leczenia krwią i jej składnikami w tym podmiocie, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniego poziomu leczenia krwią i jej składnikami.>

[Art. 22.

1. Zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany natychmiast powiadomić jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi, która dostarczyła krew, o każdym przypadku wystąpienia zagrażającego życiu bądź zdrowiu odczynu lub wstrząsu w trakcie przetaczania krwi lub po przetoczeniu oraz o każdym przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby, która może być spowodowana przetoczeniem.

2. *Jednostka organizacyjna publicznej służby krwi, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana przeprowadzić, we współdziałaniu z zakładem opieki zdrowotnej, odpowiednie postępowanie wyjaśniające w celu ustalenia przyczyny wystąpienia przypadków, o których mowa w ust. 1, i podjąć stosowne działania zapobiegawcze.]*

<Art. 22.

1. **Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne jest obowiązany natychmiast powiadomić jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi, która dostarczyła krew, o każdym przypadku wystąpienia zagrażającego życiu bądź zdrowiu odczynu lub wstrząsu w trakcie przetaczania krwi lub po przetoczeniu oraz o każdym przypadku podejrzenia lub stwierdzenia choroby, która może być spowodowana przetoczeniem.**
2. **Jednostka organizacyjna publicznej służby krwi, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana przeprowadzić, we współdziałaniu z podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, odpowiednie postępowanie wyjaśniające w celu ustalenia przyczyny wystąpienia przypadków, o których mowa w ust. 1, i podjąć stosowne działania zapobiegawcze.>**

Art. 23.

1. Instytut jest instytutem badawczym w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618), nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, i jest dofinansowywany w formie dotacji z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie zadań określonych w ustawie.
2. Siedzibą Instytutu jest Warszawa.
3. *Regionalne centra są samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.), tworzonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia, i są dofinansowywane w formie dotacji z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie zadań określonych w art. 27 pkt 3-7.*
4. *Wojskowe Centrum jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy, o której mowa w ust. 3, tworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, i jest dofinansowywane z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej, w zakresie zadań określonych w art. 27 pkt 3-6, związanych z obronnością państwa, w tym zadań mobilizacyjnych.*
5. *Centrum MSWiA jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów ustawy, o której mowa w ust. 3, tworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, i jest dofinansowywane z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w zakresie zadań określonych w art. 27 pkt 3-6.]*

<3. Regionalne centra są:

- 1) **spółkami kapitałowymi, o których mowa w przepisach o działalności leczniczej,**
- 2) **samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej**

– tworzonymi przez Skarb Państwa reprezentowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia, i są dofinansowywane w formie dotacji z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie zadań określonych w art. 27 pkt 3–7.

4. Wojskowe Centrum jest:

- 1) **samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej tworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, i jest dofinansowywane z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej, w zakresie zadań określonych w art. 27 pkt 3–6, związanych z obronnością państwa, w tym zadań mobilizacyjnych albo**
- 2) **podmiotem leczniczym prowadzonym w formie jednostki budżetowej tworzonym przez Ministra Obrony Narodowej.**

5. Centrum MSWiA jest:

- 1) **samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, tworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych albo**
 - 2) **spółką kapitałową, o której mowa w przepisach o działalności leczniczej, utworzoną przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych**
- i jest dofinansowywane z budżetu państwa, z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw wewnętrznych, w zakresie zadań określonych w art. 27 pkt 3-6.>

Art. 27.

Do zadań regionalnego centrum, Wojskowego Centrum i Centrum MSWiA należy w szczególności:

- 1) kwalifikowanie kandydatów na dawców i dawców do oddania krwi,
 - 2) prowadzenie rejestru dawców krwi oraz rejestru dawców krwi rzadkich grup, oddających krew odpowiednio w regionalnym centrum, Wojskowym Centrum albo Centrum MSWiA,
 - 3) pobieranie krwi oraz dokonywanie zabiegów z tym związanych,
 - 4) gromadzenie, konserwacja, przechowywanie i wydawanie krwi,
 - 5) propagowanie honorowego krwiodawstwa i pozyskiwanie dawców krwi we współdziałaniu z Polskim Czerwonym Krzyżem i jednostkami organizacji pozarządowych,
- [6] zaopatrywanie zakładów opieki zdrowotnej w krew i jej składniki oraz w produkty krwiopochodne,]*
- <6> zaopatrywanie podmiotów leczniczych w krew i jej składniki oraz w produkty krwiopochodne,>**
- 7) zaopatrywanie wytwórni farmaceutycznych w osocze krwi,
 - 8) udzielanie konsultacji związanych z leczeniem krwią,
 - 9) prowadzenie rejestru powikłań poprzetoczeniowych,
 - 10) sprawowanie nadzoru w dziedzinach krwiodawstwa i krwiolecznictwa,
 - 11) organizowanie szkoleń w dziedzinach krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

[Art. 28.

Przepisy art. 25 pkt 8 i 9 oraz art. 27 pkt 12 nie naruszają przepisów o nadzorze nad zakładami opieki zdrowotnej i kontroli tych zakładów oraz przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza lub przepisów o wykonywaniu zawodów pielęgniarstwa i położnej.]

<Art.28.

Przepisy art. 25 pkt 8 i 9 oraz art. 27 pkt 12 nie naruszają przepisów o nadzorze nad podmiotami leczniczymi i kontroli tych podmiotów oraz przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza lub przepisów o wykonywaniu zawodów pielęgniarstwa i położnej.>

Art. 29.

1. *[Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, w celu wykonywania nadzoru specjalistycznego, dokonują kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz innego podmiotu prowadzącego działalność w dziedzinie krwiolecznictwa na zasadach określonych w art. 65 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie:]* **<Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, w celu wykonywania nadzoru specjalistycznego, dokonują kontroli i oceny działalności podmiotu leczniczego oraz innego podmiotu prowadzącego działalność w dziedzinie krwiolecznictwa na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej, w szczególności w zakresie:>**
 - 1) czynności i badań związanych z przetaczaniem krwi,
 - 2) badań immunohematologicznych na potrzeby krwiolecznictwa.
2. Jednostkom organizacyjnym publicznej służby krwi, o których mowa w ust. 1, udostępnia się dokumentację medyczną na zasadach określonych w odrębnych przepisach, w zakresie niezbędnym do wykonywania kontroli i nadzoru.

USTAWA z dnia 23 września 1999 r. O ZASADACH POBYTU WOJSK OBCYCH NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ ORAZ ZASADACH ICH PRZEMIESZCZANIA SIĘ PRZEZ TO TERYTORIUM (Dz. U. Nr 93, poz. 1063, z późn. zm.)

Art. 18.

1. *Żołnierze wojsk obcych i ich personel cywilny korzystają ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej za odpłatnością, na zasadach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej dla osób nieuprawnionych.*
 2. *Należności za świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, pokrywa publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej Minister Obrony Narodowej, który występuje następnie do strony wysyłającej o zwrot poniesionych kosztów, wskazując termin i sposób zapłaty należności.]*
- <1. Żołnierze wojsk obcych i ich personel cywilny korzystają ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą za**

odpłatnością, na zasadach określonych w odrębnych przepisach dla osób nieuprawnionych.

- 2. Należności za świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, pokrywa Minister Obrony Narodowej, który występuje następnie do strony wysyłającej o zwrot poniesionych kosztów, wskazując termin i sposób zapłaty należności.>**
3. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z Ministrem Obrony Narodowej określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki i tryb ponoszenia i regulowania opłat za świadczenia zdrowotne udzielane żołnierzom wojsk obcych i ich personelowi cywilnemu. Rozporządzenie to określi w szczególności:
 - 1) sposób obliczania kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych,
 - 2) tryb zaliczkowego pokrywania kosztów w przypadkach wymagających znacznego zaangażowania środków finansowych,
 - 3) sposób przekazywania opłat za świadczenia zdrowotne i refundowania kosztów przez wojska obce.

USTAWA z dnia 29 listopada 2000 r. – PRAWO ATOMOWE (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276, z późn. zm.)

Art. 3.

W rozumieniu niniejszej ustawy użyte określenia oznaczają:

- 1) audyt kliniczny - systematyczną kontrolę lub przegląd medycznych procedur radiologicznych, mające na celu polepszenie jakości udzielanych pacjentowi świadczeń zdrowotnych poprzez usystematyzowaną analizę, w ramach której praktyka, procedury i wyniki radiologiczne są porównywane z uznanymi standardami oraz, w razie konieczności, modyfikację dotychczasowego postępowania lub wprowadzenie nowych standardów;
- 2) bezpieczeństwo jądrowe - stan osiągniany przez całokształt przedsięwzięć organizacyjnych i technicznych podejmowanych w celu zapobiegania powstaniu niekontrolowanej samopodtrzymującej się reakcji rozszczepienia jądrowego związanej z działalnością z materiałami jądrowymi oraz ograniczania jej skutków;
- 3) dawka graniczna - wartość dawki promieniowania jonizującego, wyrażoną jako dawka skuteczna lub równoważna, dla określonych osób, pochodząca od kontrolowanej działalności zawodowej, której, poza przypadkami przewidzianymi w ustawie, nie wolno przekroczyć;
- 4) dawka pochłonięta - dawkę pochłoniętą określoną w załączniku nr 1 do ustawy;
- 5) dawka równoważna - dawkę równoważną określoną w załączniku nr 1 do ustawy;
- 6) dawka skuteczna (efektywna) - dawkę skuteczną (efektywną) określoną w załączniku nr 1 do ustawy;
- 7) działania interwencyjne - działania, które zapobiegają narażeniu lub zmniejszają narażenie ludzi w wyniku zdarzenia radiacyjnego, polegające na oddziaływaniu na

źródło promieniowania jonizującego, źródło skażeń promieniotwórczych, drogi rozprzestrzeniania tych skażeń oraz na ludzi;

[7a) jednostka ochrony zdrowia - zakłady opieki zdrowotnej oraz inne podmioty i osoby, udzielające świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89) z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;]

<7a) jednostka ochrony zdrowia – podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;>

UWAGA: pkt 8-58 pominięte

USTAWA z dnia 30 marca 2001 r. O KOSMETYKACH (Dz. U. Nr 42, poz. 473, z późn. zm.)

Art. 10.

1. Dane zawarte w krajowym systemie są udostępniane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

[2. Informacje dotyczące składu kosmetyków są udostępniane organom Inspekcji Sanitarnej, podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, a w szczególności zakładom opieki zdrowotnej oraz lekarzom i lekarzom stomatologom prowadzącym indywidualną praktykę lekarską, wyłącznie w celu podjęcia natychmiastowego i właściwego leczenia, jeżeli zachodzi podejrzenie, że stosowanie kosmetyku było przyczyną zachorowania.]

<2. Informacje dotyczące składu kosmetyków są udostępniane organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, a w szczególności podmiotom leczniczym oraz lekarzom i lekarzom denty stomatologom prowadzącym indywidualną praktykę lekarską, wyłącznie w celu podjęcia natychmiastowego i właściwego leczenia, jeżeli zachodzi podejrzenie, że stosowanie kosmetyku było przyczyną zachorowania.>

USTAWA z dnia 5 lipca 2001 r. O CENACH (Dz. U. Nr 97, poz. 1050, z późn. zm.)

Art. 3.

1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

1) cena - wartość wyrażoną w jednostkach pieniężnych, którą kupujący jest obowiązany zapłacić przedsiębiorcy za towar lub usługę; w cenie uwzględnia się podatek od towarów i usług oraz podatek akcyzowy, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów sprzedaż towaru (usługi) podlega obciążeniu podatkiem od towarów i usług oraz podatkiem akcyzowym,

2) cena jednostkowa towaru (usługi) - cenę ustaloną za jednostkę określonego towaru (usługi), którego ilość lub liczba jest wyrażona w jednostkach miar, w rozumieniu przepisów o miarach,

3) (uchylony),

4) kształtowanie cen - uzgadnianie cen między stronami umowy lub ich ustalanie w trybie art. 4, 5 i 8,

[5) *lecznictwo zamknięte - zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 5, poz. 45 i Nr 88, poz. 961),]*

<5) lecznictwo zamknięte – podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;>

6) marża handlowa - różnicę między ceną płaconą przez kupującego a ceną uprzednio zapłaconą przez przedsiębiorcę, wynikającą z kosztów i zysku przedsiębiorcy; marża handlowa może być wyrażona kwotowo lub w procentach,

7) cena urzędowa i marża handlowa urzędowa - cenę i marżę handlową ustaloną w rozporządzeniu wydanym przez właściwy organ administracji rządowej lub w uchwale wydanej przez organ stanowiący właściwej jednostki samorządu terytorialnego,

8) przedsiębiorca - podmiot, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2007 r. Nr 155, poz. 1095, z późn. zm.), a także osoba prowadząca działalność wytwórczą w rolnictwie w zakresie upraw rolnych oraz chowu i hodowli zwierząt, ogrodnictwa, warzywnictwa, leśnictwa i rybactwa śródlądowego,

9) towar - rzecz, jak również energię oraz prawa majątkowe zbywalne,

10) usługa - czynność świadczoną odpłatnie, wymienioną w klasyfikacjach wydanych na podstawie przepisów o statystyce publicznej,

11) wyroby medyczne - wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679).

2. Ilekroć w ustawie jest mowa o:

1) cenie - rozumie się przez to również stawkę taryfową,

2) marży handlowej - rozumie się przez to także prowizję,

3) (uchylony).

USTAWA z dnia 27 lipca 2001 r. O DIAGNOSTYCE LABORATORYJNEJ (Dz. U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529, z późn. zm.)

Art. 17.

[1. Laboratorium jest zakładem opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.), z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Laboratorium może być także jednostką organizacyjną zakładu opieki zdrowotnej, jednostki badawczo-rozwojowej w rozumieniu ustawy z dnia 25 lipca 1985 r. o jednostkach badawczo-rozwojowych (Dz. U. z 2001 r. Nr 33, poz. 388, z późn. zm.) albo wyższej uczelni medycznej.]

<1. Laboratorium jest podmiotem leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

2. Laboratorium może być także jednostką organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, państwowego instytutu badawczego albo uczelni medycznej.>

3. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, określa, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakim powinno odpowiadać laboratorium, ze szczególnym uwzględnieniem wymagań fachowych wobec personelu i kierownika laboratorium, warunków sanitarnych pomieszczeń i urządzeń.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, może określić, w drodze rozporządzenia, standardy jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości czynności diagnostyki laboratoryjnej.

[Art. 20.

Podmiot, który utworzył lub zlikwidował laboratorium w trybie przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w terminie 14 dni od daty odpowiedniego wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, składa wniosek o wpis lub wykreślenie z ewidencji.]

<Art.20.

Podmiot, który utworzył lub zlikwidował laboratorium w trybie przepisów o działalności leczniczej, w terminie 14 dni od daty odpowiedniego wpisu do rejestru, o którym mowa w tych przepisach, składa wniosek o wpis lub wykreślenie z ewidencji.>

USTAWA z dnia 6 września 2001 r. – PRAWO FARMACEUTYCZNE (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.)

Art. 2.

W rozumieniu ustawy:

- 1) aktywnością biologiczną produktu leczniczego - jest siła działania jego substancji czynnej lub substancji czynnych, wyrażona w jednostkach międzynarodowych lub biologicznych;

2) badaniem klinicznym - jest każde badanie prowadzone z udziałem ludzi w celu odkrycia lub potwierdzenia klinicznych, farmakologicznych, w tym farmakodynamicznych skutków działania jednego lub wielu badanych produktów leczniczych, lub w celu zidentyfikowania działań niepożądanych jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, lub śledzenia wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu i wydalania jednego lub większej liczby badanych produktów leczniczych, mając na względzie ich bezpieczeństwo i skuteczność;

[2a) *badaczem - jest lekarz albo lekarz dentyista, jeżeli badanie kliniczne dotyczy stomatologii, albo lekarz weterynarii - w przypadku badania klinicznego weterynaryjnego, posiadający prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe, wiedzę naukową i doświadczenie w pracy z pacjentami, niezbędne do prowadzonego badania klinicznego lub badania klinicznego weterynaryjnego, odpowiedzialny za prowadzenie tych badań w danym ośrodku; jeżeli badanie kliniczne lub badanie kliniczne weterynaryjne prowadzone jest przez zespół osób, badacz wyznaczony przez sponsora, za zgodą kierownika zakładu opieki zdrowotnej, w którym prowadzone jest badanie kliniczne, jest kierownikiem zespołu odpowiedzialnym za prowadzenie tego badania w danym ośrodku;*]

<2a) **badaczem – jest lekarz albo lekarz dentyista, jeżeli badanie kliniczne dotyczy stomatologii, albo lekarz weterynarii – w przypadku badania klinicznego weterynaryjnego, posiadający prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe, wiedzę naukową i doświadczenie w pracy z pacjentami, niezbędne do prowadzonego badania klinicznego lub badania klinicznego weterynaryjnego, odpowiedzialny za prowadzenie tych badań w danym ośrodku; jeżeli badanie kliniczne lub badanie kliniczne weterynaryjne jest prowadzone przez zespół osób, badacz wyznaczony przez sponsora, za zgodą kierownika podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym prowadzone jest badanie kliniczne, jest kierownikiem zespołu odpowiedzialnym za prowadzenie tego badania w danym ośrodku;**>

UWAGA: pkt 2b-44 pominięte.

Art. 3.

1. Do obrotu dopuszczone są, z zastrzeżeniem ust. 4 i art. 4, produkty lecznicze, które uzyskały pozwolenie na dopuszczenie do obrotu, zwane dalej "pozwoleniem".
 2. Do obrotu dopuszczone są także produkty lecznicze, które uzyskały pozwolenie wydane przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską.
 3. Organem uprawnionym do wydania pozwolenia jest minister właściwy do spraw zdrowia.
 4. Do obrotu dopuszczone są bez konieczności uzyskania pozwolenia, o którym mowa w ust. 1:
 - 1) leki recepturowe;
 - 2) leki apteczne;
- [3) *produkty radiofarmaceutyczne przygotowywane w momencie stosowania w upoważnionych jednostkach służby zdrowia, z dopuszczonych do obrotu*

generatorów, zestawów, radionuklidów i prekursorów, zgodnie z instrukcją wytwórcy oraz radionuklidy w postaci zamkniętych źródeł promieniowania;]

- <3) produkty radiofarmaceutyczne przygotowywane w momencie stosowania w upoważnionych podmiotach leczniczych, z dopuszczonych do obrotu generatorów, zestawów, radionuklidów i prekursorów, zgodnie z instrukcją wytwórcy, oraz radionuklidy w postaci zamkniętych źródeł promieniowania;>**
- 4) krew i osocze w pełnym składzie lub komórki krwi pochodzenia ludzkiego lub zwierzęcego, z wyłączeniem osocza przetwarzanego w procesie przemysłowym;
 - 5) surowce farmaceutyczne nieprzeznaczone do sporządzania leków recepturowych i aptecznych;
 - 6) immunologiczne produkty lecznicze weterynaryjne wytworzone z patogenów lub antygenów pochodzących od zwierząt znajdujących się w danym gospodarstwie i przeznaczonych do leczenia zwierząt występujących w tym samym gospodarstwie.

Art. 54.

1. Reklama produktu leczniczego kierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi powinna zawierać informacje zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego albo Charakterystyką Produktu Leczniczego Weterynaryjnego i informację o przyznanej kategorii dostępności, a w przypadku produktów leczniczych umieszczonych na wykazach leków refundowanych - również informację o cenie urzędowej detalicznej i maksymalnej kwocie dopłaty ponoszonej przez pacjenta.
2. Dokumentacja przekazywana osobom, o których mowa w ust. 1, powinna zawierać informacje rzetelne, aktualne, sprawdzalne i na tyle kompletne, aby umożliwić odbiorcy dokonanie własnej oceny wartości terapeutycznej produktu leczniczego, oraz informację o dacie jej sporządzenia lub ostatniej aktualizacji. Cytaty, tabele i inne ilustracje pochodzące z piśmiennictwa naukowego lub innych prac naukowych powinny być wiernie odtworzone oraz zawierać wskazanie źródła.
3. Reklama produktu leczniczego polegająca na bezpłatnym dostarczaniu jego próbek może być kierowana wyłącznie do osób uprawnionych do wystawiania recept, pod warunkiem że:
 - 1) osoba upoważniona do wystawiania recept wystąpiła w formie pisemnej do przedstawiciela handlowego lub medycznego o dostarczenie próbki produktu leczniczego;
 - 2) osoba dostarczająca próbkę prowadzi ewidencję dostarczanych próbek;
 - 3) każda dostarczana próbka nie jest większa niż jedno najmniejsze opakowanie produktu leczniczego dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) każda dostarczana próbka jest opatrzona napisem "próbka bezpłatna - nie do sprzedaży";
 - 5) do każdej dostarczanej próbki dołączona jest Charakterystyka Produktu Leczniczego albo Charakterystyka Produktu Leczniczego Weterynaryjnego;
 - 6) ilość próbek tego samego produktu leczniczego dostarczanych tej samej osobie nie przekracza pięciu opakowań w ciągu roku.

4. *[Przepis ust. 3 stosuje się również do próbek dostarczanych do lekarza i zastosowanych do leczenia pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.).]* **<Przepis ust. 3 stosuje się również do próbek dostarczanych do lekarza i zastosowanych do leczenia pacjentów w podmiotach leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.>** Próbki te muszą być ewidencjonowane przez aptekę szpitalną, o której mowa w art. 87 ust. 1 pkt 2, aptekę zakładową, o której mowa w art. 87 ust. 1 pkt 3, lub dział farmacji szpitalnej, o którym mowa w art. 87 ust. 4.
5. Reklama produktu leczniczego polegająca na bezpłatnym dostarczaniu jego próbek nie może dotyczyć produktów leczniczych zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe.

Art. 86.

1. Apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne, o których mowa w ust. 2.
2. Nazwa apteka zastrzeżona jest wyłącznie dla miejsca świadczenia usług farmaceutycznych obejmujących:
 - 1) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, określonych w odrębnych przepisach;
 - 2) sporządzanie leków recepturowych, w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od złożenia recepty przez pacjenta, a w przypadku recepty na lek recepturowy zawierający środki odurzające lub oznaczonej "wydać natychmiast" - w ciągu 4 godzin;
 - 3) sporządzenie leków aptecznych;
 - 4) udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych.
3. W odniesieniu do aptek szpitalnych usługą farmaceutyczną jest również:
 - 1) sporządzanie leków do żywienia pozajelitowego;
 - 2) sporządzanie leków do żywienia dojelitowego;
 - 3) przygotowywanie leków w dawkach dziennych, w tym leków cytostatycznych;
 - <3a) sporządzanie produktów radiofarmaceutycznych na potrzeby udzielania świadczeń pacjentom danego podmiotu leczniczego;>**
 - 4) wytwarzanie płynów infuzyjnych;
 - 5) organizowanie zaopatrzenia szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne;
 - 6) przygotowywanie roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej;
 - 7) udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków;
 - 8) udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala;
 - 9) udział w racjonalizacji farmakoterapii;
 - 10) współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w szpitalu.
4. W aptekach szpitalnych poza udzielaniem usług farmaceutycznych:
 - 1) prowadzona jest ewidencja próbek do badań klinicznych oraz uzyskiwanych darów produktów leczniczych i wyrobów medycznych;

- 2) ustalane są procedury wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez aptekę szpitalną na oddziały oraz dla pacjenta.
5. W aptekach ogólnodostępnych mogą być wydawane na podstawie recepty lekarza weterynarii produkty lecznicze lub leki recepturowe przeznaczone dla ludzi, które będą stosowane u zwierząt.
6. (uchylony).
7. (uchylony).
8. W aptekach ogólnodostępnych na wydzielonych stoiskach można sprzedawać produkty określone w art. 72 ust. 5 posiadające wymagane prawem atesty lub zezwolenia, pod warunkiem że ich przechowywanie i sprzedaż nie będą przeszkadzać podstawowej działalności apteki.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, inne rodzaje działalności niż określone w ust. 2-4 i 8 związane z ochroną zdrowia dopuszczalne do prowadzenia w aptece.

Art. 87.

1. Apteki dzielą się na:

1) ogólnodostępne;

[2) szpitalne, zaopatrujące oddziały szpitalne lub inne niewymienione z nazwy zakłady przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w tym zakładzie lub jednostce organizacyjnej wchodzącej w skład zakładu;]

3) zakładowe, zaopatrujące w zakładach opieki zdrowotnej, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości, gabinety, pracownie, izby chorych i oddziały terapeutyczne, a także inne niewymienione z nazwy zakłady przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielenia całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych wykonywanych w tym zakładzie lub jednostce organizacyjnej wchodzącej w skład zakładu.]

<2) szpitalne, zaopatrujące szpitale lub inne przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;

3) zakładowe, zaopatrujące w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości, gabinety, pracownie, izby chorych i oddziały terapeutyczne, a także inne przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;>

2. Apteki ogólnodostępne przeznaczone są do:

1) zaopatrywania ludności w produkty lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne i inne artykuły, o których mowa w art. 86 ust. 8;

2) wykonywania czynności określonych w art. 86 ust. 1 i 2.

<2a. Apteki szpitalne tworzy się w szpitalach lub innych przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych, o których mowa w ust. 1 pkt 2.

2b. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny, uwzględniając zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, może zwolnić podmioty, o których mowa w ust. 1 pkt 2, z

obowiązku świadczenia przez aptekę szpitalną usług farmaceutycznych, o których mowa w art. 86 ust. 3 pkt 1, 2, 3a i 4.>

3. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny może zwolnić jednostki, o których mowa w ust. 1 pkt 2, z obowiązku prowadzenia apteki szpitalnej, uwzględniając:
 - 1) rodzaj udzielanych świadczeń;
 - 2) liczbę łóżek oraz ich wykorzystanie.
4. Funkcję apteki szpitalnej w jednostkach, o których mowa w ust. 3, spełnia dział farmacji szpitalnej, do którego należy wykonywanie zadań określonych w art. 86 ust. 2 pkt 1 i 4, ust. 3 pkt 5, 7, 9 i 10 oraz ust. 4.

Art. 106.

1. Apteka szpitalna może być uruchomiona po uzyskaniu zgody właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego pod warunkiem spełnienia wymogów określonych w art. 98 i zatrudnienia kierownika apteki spełniającego wymogi określone w art. 88 ust. 2.
[2. Zgoda, o której mowa w ust. 1, jest udzielana na wniosek dyrektora zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma zostać uruchomiona apteka szpitalna.
3. *Apteka szpitalna może zaopatrywać w leki inne zakłady opieki zdrowotnej przeznaczone dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, nieposiadające aptek, na podstawie umowy, zawartej przez uprawnione do tego podmioty, pod warunkiem że nie wpłynie to negatywnie na prowadzenie podstawowej działalności apteki.]*
- <2. Zgoda, o której mowa w ust. 1, jest udzielana na wniosek kierownika podmiotu leczniczego wykonującego stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w którym ma zostać uruchomiona apteka szpitalna.**
- 3. Apteka szpitalna może zaopatrywać w leki podmioty lecznicze wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, na podstawie umowy, zawartej przez uprawnione do tego podmioty, pod warunkiem że nie wpłynie to negatywnie na prowadzenie podstawowej działalności apteki.>**
4. Kierownik apteki szpitalnej obowiązany jest niezwłocznie powiadomić wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o zawarciu umowy, o której mowa w ust. 3, z innym zakładem opieki zdrowotnej, a także o zamiarze likwidacji apteki szpitalnej, z podaniem przyczyn jej likwidacji.

Art. 107.

1. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny prowadzi rejestr zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, punktów aptecznych oraz rejestr udzielonych zgód na prowadzenie aptek szpitalnych i zakładowych.
2. Rejestr powinien zawierać:
 - 1) w odniesieniu do aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych - dane określone w art. 102 pkt 1-6 oraz imię i nazwisko kierownika apteki;
 - 2) w odniesieniu do aptek szpitalnych i zakładowych:
[a) zakład opieki zdrowotnej,]
<a) oznaczenie podmiotu leczniczego wykonującego stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne,>

- b) adres apteki,
 - c) zakres działalności apteki oraz imię i nazwisko jej kierownika.
3. Zmiana zezwolenia, jego cofnięcie lub wygaśnięcie, a także zmiana, cofnięcie lub wygaśnięcie zgody, wymaga wprowadzenia stosownych zmian w rejestrze.

Art. 108.

1. Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, zwana dalej "Inspekcją Farmaceutyczną", sprawuje nadzór nad:
- 1) warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych,
 - 2) jakością i obrotem produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych,
 - 3) obrotem wyrobami medycznymi, z wyłączeniem wyrobów medycznych stosowanych w medycynie weterynaryjnej
- w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego.
2. (uchylony).
3. (uchylony).
4. Organy Inspekcji Farmaceutycznej wydają decyzje w zakresie:
- [1) wstrzymania lub wycofania z obrotu lub stosowania w zakładach opieki zdrowotnej produktów leczniczych w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia, że dany produkt nie jest dopuszczony do obrotu w Polsce;*
 - 2) wstrzymania lub wycofania z obrotu lub stosowania w zakładach opieki zdrowotnej produktów leczniczych w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia, że dany produkt nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym;]*
 - <1) wstrzymania lub wycofania z obrotu lub stosowania produktów leczniczych w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia, że dany produkt nie jest dopuszczony do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej;**
 - 2) wstrzymania lub wycofania z obrotu lub stosowania produktów leczniczych w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia, że dany produkt nie odpowiada ustalonym dla niego wymaganiom jakościowym;>**
 - 3) wstrzymania lub wycofania z aptek ogólnodostępnych i hurtowni farmaceutycznych towarów, którymi obrót jest niedozwolony;
 - 4) udzielenia, zmiany, cofnięcia lub odmowy udzielenia zezwolenia:
 - a) na prowadzenie apteki,
 - b) na wytwarzanie produktów leczniczych,
 - c) na obrót hurtowy produktami leczniczymi;
 - 5) skierowania produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej do badań jakościowych;
 - 6) (uchylony);

7) reklamy:

- a) produktów leczniczych,
- b) działalności aptek i punktów aptecznych.

5. (uchylony).

Art. 109.

Do zadań Inspekcji Farmaceutycznej należy w szczególności:

- 1) przeprowadzanie inspekcji warunków wytwarzania i importu produktów leczniczych zgodnie z wymaganiami Dobrej Praktyki Wytwarzania, o których mowa w art. 39 ust. 4, oraz danymi określonymi w art. 10 ust. 2 pkt 1-3, 12, 13 i 15;
- 1a) kontrolowanie warunków transportu, przeładunku i przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- 2) sprawowanie nadzoru nad jakością produktów leczniczych będących przedmiotem obrotu;
- 3) kontrolowanie aptek i innych jednostek prowadzących obrót detaliczny i hurtowy produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi, o których mowa w art. 108 ust. 1;
- 4) kontrolowanie jakości leków recepturowych i aptecznych sporządzonych w aptekach;
- 5) kontrolowanie właściwego oznakowania i reklamy produktów leczniczych oraz właściwego oznakowania wyrobów medycznych;
- 6) kontrolowanie obrotu środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami grupy I-R;
- 7) współpraca ze specjalistycznym zespołem konsultantów do spraw farmacji;
- 8) opiniowanie przydatności lokalu przeznaczonego na aptekę lub hurtownię oraz placówkę obrotu pozaaptecznego;
- 9) współpraca z samorządem aptekarskim i innymi samorządami;
- 10) prowadzenie rejestru aptek ogólnodostępnych i szpitalnych oraz punktów aptecznych;
- 11) prowadzenie Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych oraz Wytwórni Farmaceutycznych;
- 12) wydawanie opinii dotyczącej aptek, w których może być odbywany staż[.]<;>
- <13) kontrolowanie działów farmacji szpitalnej, o których mowa w art. 87 ust. 4, w zakresie świadczenia usług farmaceutycznych.>**

Art. 118.

[1. Nadzór nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w zakładach opieki zdrowotnej tworzonych przez Ministra Obrony Narodowej sprawują wyznaczone przez tego ministra podległe mu jednostki organizacyjne, uwzględniając zasady Dobrej Praktyki Wytwarzania oraz Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej.]

<1. Nadzór nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej sprawują wyznaczone przez tego ministra podległe mu jednostki

organizacyjne, uwzględniając zasady Dobrej Praktyki Wytwarzania oraz Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej.>

2. W stosunku do produktów leczniczych weterynaryjnych nadzór nad obrotem i ilością stosowanych produktów leczniczych weterynaryjnych sprawuje Główny Lekarz Weterynarii oraz wojewódzcy lekarze weterynarii. Przepisy art. 119 ust. 3, art. 120 ust. 1 pkt 2, art. 120 ust. 2 i 3, art. 121 ust. 1 i 2, art. 121a ust. 1, art. 122, art. 122a i art. 123 ust. 1 stosuje się odpowiednio.
- 2a. Główny Lekarz Weterynarii w ramach państwowych badań jakości produktów leczniczych weterynaryjnych sprawuje nadzór nad jakością produktów leczniczych weterynaryjnych znajdujących się w obrocie.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia koordynuje wykonywanie zadań przez organy wymienione w ust. 1 i 2; może on w szczególności żądać informacji w tym zakresie.
4. Minister właściwy do spraw rolnictwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób sprawowania nadzoru przez wojewódzkich lekarzy weterynarii, a w szczególności:
 - 1) sposób przeprowadzania kontroli i rodzaje kontroli,
 - 2) sposób i tryb pobierania próbek do badań oraz przeprowadzania badań,
 - 3) tryb przeprowadzania kontroli przyjmowanych i wydawanych produktów leczniczych oraz warunki ich transportowania,
 - 4) wzór i sposób prowadzenia książki kontroli, o której mowa w art. 123, sposób dokonywania wpisów oraz tryb powiadamiania o usunięciu stwierdzonych uchybień- uwzględniając przepisy prawa i wytyczne Wspólnoty Europejskiej.
- [5. *Minister Obrony Narodowej, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia: wyznacza organy wojskowe sprawujące nadzór nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w zakładach opieki zdrowotnej tworzonymi przez Ministra Obrony Narodowej i jednostkach wojskowych, uwzględniając w szczególności zadania, kompetencje i wymagania fachowe niezbędne do sprawowania nadzoru.*
6. *Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, formy współpracy z Inspekcją Farmaceutyczną organów wojskowych sprawujących nadzór nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych, i wyrobami medycznymi w zakładach opieki zdrowotnej tworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i jednostkach wojskowych, uwzględniając:*
 - 1) *sposób wzajemnego przekazywania informacji z zakresu, o którym mowa w ust. 1;*
 - 2) *zakres współpracy;*
 - 3) *warunki i sposób organizacji, uczestnictwa i prowadzenia wspólnych szkoleń.]*
- <5. Minister Obrony Narodowej, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, w drodze rozporządzenia, wyznacza organy wojskowe sprawujące nadzór nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej i jednostkach wojskowych, uwzględniając w szczególności zadania, kompetencje i wymagania fachowe niezbędne do sprawowania nadzoru.**

6. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, formy współpracy z Inspekcją Farmaceutyczną organów wojskowych sprawujących nadzór nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych, i wyrobami medycznymi w podmiotach leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej i jednostkach wojskowych, uwzględniając:

- 1) sposób wzajemnego przekazywania informacji z zakresu, o którym mowa w ust. 1,**
 - 2) zakres współpracy,**
 - 3) warunki i sposób organizacji, uczestnictwa i prowadzenia wspólnych szkoleń**
- kierując się potrzebą zapewnienia efektywności współpracy.>**

USTAWA z dnia 30 października 2002 r. O ZAOPATRZENIU Z TYTUŁU WYPADKÓW LUB CHORÓB ZAWODOWYCH POWSTAŁYCH W SZCZEGÓLNYCH OKOLICZNOŚCIACH (Dz. U. Nr 199, poz. 1674, z późn. zm.)

Art. 2.

1. Za wypadek uzasadniający przyznanie świadczeń uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powodujące uraz lub śmierć, które nastąpiło:

- 1) przy ratowaniu innych osób od grożącego ich życiu niebezpieczeństwa;
- 2) przy chronieniu własności publicznej przed grożącą jej szkodą;
- 3) przy udzielaniu przedstawicielowi organu państwowego lub organu samorządu terytorialnego pomocy przy spełnianiu czynności urzędowych;
- 3a) przy wykonywaniu prac związanych ze spisami powszechnymi;
- 4) przy ściganiu lub ujęciu osób podejrzanych o popełnienie przestępstwa lub przy chronieniu innych osób przed napaścią;
- 5) przy wykonywaniu funkcji radnego lub członka komisji rady wszystkich jednostek samorządu terytorialnego albo przy wykonywaniu przez sołtysa czynności związanych z tym stanowiskiem;
- 6) przy wykonywaniu funkcji ławnika w sądzie;
- 7) w czasie zajęć dydaktycznych, wychowawczych lub opiekuńczych realizowanych przez jednostki organizacyjne systemu oświaty, zajęć w szkole wyższej lub zajęć na studiach doktoranckich albo w czasie odbywania praktyki przewidzianej organizacją studiów lub nauki;
- 8) przy pracy w Ochotniczych Hufcach Pracy na innej podstawie niż umowa o pracę;
- [9) przy pracy wykonywanej w ramach terapii zajęciowej w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz publicznych zakładach opieki zdrowotnej;]*

- <9) przy pracy wykonywanej w ramach terapii zajęciowej w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, o których mowa w przepisach o działalności leczniczej;>**
- 10) przy wykonywaniu bezpośredniej ochrony przed klęskami żywiołowymi;
 - 11) przy wykonywaniu funkcji członka komisji powołanej przez organ państwowy lub organ samorządu terytorialnego do przeprowadzenia wyborów lub referendum,
 - 12) przy wykonywaniu świadczeń przez wolontariusza, o którym mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873),
 - 13) w trakcie uczestnictwa w centrum integracji społecznej,
 - 14) przy wykonywaniu przez bezrobotnego prac społecznie użytecznych, o których mowa w art. 73a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. Nr 99, poz. 1001, z późn. zm.),
 - 15) przy odbywaniu praktyki absolwenckiej w rozumieniu ustawy z dnia 17 lipca 2009 r. o praktykach absolwenckich (Dz. U. Nr 127, poz. 1052).
2. Za chorobę zawodową uprawniającą do świadczeń przewidzianych w ustawie uważa się chorobę określoną w art. 235¹ Kodeksu pracy, powstałą przy wykonywaniu zajęć lub pracy, o których mowa w ust. 1 pkt 7 i 8.

USTAWA z dnia 24 kwietnia 2003 r. O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO I O WOLONTARIACIE (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536)

Art. 42.

1. Wolontariusze mogą wykonywać, na zasadach określonych w niniejszym rozdziale, świadczenia na rzecz:
 - 1) organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 w zakresie ich działalności statutowej, w szczególności w zakresie działalności pożytku publicznego, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,
 - 2) organów administracji publicznej, z wyłączeniem prowadzonej przez nie działalności gospodarczej,
 - 3) jednostek organizacyjnych podległych organom administracji publicznej lub nadzorowanych przez te organy, z wyłączeniem prowadzonej przez te jednostki działalności gospodarczej<,>

<4) podmiotów leczniczych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w zakresie wykonywanej przez nie działalności leczniczej >

- zwanych dalej "korzystającymi".
2. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się odpowiednio do wolontariuszy wykonujących na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia na rzecz organizacji międzynarodowych, jeżeli postanowienia umów międzynarodowych nie stanowią inaczej.

3. Członek stowarzyszenia może również wykonywać świadczenia, jako wolontariusz, na rzecz stowarzyszenia, którego jest członkiem.

USTAWA z dnia 22 maja 2003 r. O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66, Nr 81, poz. 530, Nr 126, poz. 853 i Nr 127, poz. 858)

Art. 22.

[1. Zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.]

<1. Zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.>

2. Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w ust. 1, występuje lekarz upoważniony przez zakład ubezpieczeń.

3. Wystąpienie zakładu ubezpieczeń o informację, o której mowa w ust. 1, wymaga pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jej przedstawiciela ustawowego.

[4. Podmioty, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, są obowiązane przekazać posiadane informacje, o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia zakładu ubezpieczeń o przekazanie informacji.]

<4. Podmioty wykonujące działalność leczniczą są obowiązane przekazać posiadane informacje, o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zakładowi ubezpieczeń, który o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia zakładu ubezpieczeń o przekazanie informacji.>

5. Zakład ubezpieczeń może, za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń, udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego lub osobę na rzecz której ma zostać zawarta

umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

[6. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw instytucji finansowych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres i tryb udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, a także sposób ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji, uwzględniając, niezbędny dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zakres tych informacji oraz zastosowanie odpowiedniej stawki składki dla określenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.]

<6. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw instytucji finansowych, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres i tryb udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, a także sposób ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji, uwzględniając, niezbędny dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zakres tych informacji oraz zastosowanie odpowiedniej stawki składki dla określenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.>

USTAWA z dnia 11 września 2003 r. O SŁUŻBIE WOJSKOWEJ ŻOŁNIERZY ZAWODOWYCH (Dz. U. z 2010 r. Nr 90, poz. 593, z późn. zm.)

Art. 22.

1. Żołnierz zawodowy, za jego pisemną zgodą, może pełnić zawodową służbę wojskową na stanowiskach służbowych w:
 - 1) Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz w Służbie Wywiadu Wojskowego,
 - 2) Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Biurze Bezpieczeństwa Narodowego, Departamencie Sądów Wojskowych Ministerstwa Sprawiedliwości lub Agencji Wywiadu,
 - 3) innych instytucjach i podmiotach realizujących szczególne zadania na rzecz obronności i bezpieczeństwa Państwa- zwanych dalej "instytucjami cywilnymi".
2. Stanowiska służbowe, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, ujmuje się w wykazie prowadzonym przez Szefa Sztabu Generalnego Wojska Polskiego.
3. Żołnierza zawodowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, wyznacza się na stanowisko służbowe na zasadach i w trybie określonym w ustawie z dnia 9 czerwca 2006 r. o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego (Dz. U. Nr 104, poz. 709 i Nr 218, poz. 1592, z 2007 r. Nr 25, poz. 162 oraz z 2009 r. Nr 85, poz. 716).

4. Żołnierza zawodowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, wyznacza na wskazane stanowisko służbowe kierownik instytucji cywilnej w formie przewidzianej dla tego stanowiska.
5. Żołnierzowi zawodowemu pełniącemu zawodową służbę wojskową w instytucji cywilnej, o której mowa w ust. 1 przysługują uprawnienia i świadczenia, w tym uposażenie i inne należności pieniężne, określone w przepisach dla żołnierzy zawodowych pełniących służbę w jednostkach wojskowych, z zastrzeżeniem ust. 6 i 7.
6. Uprawnienia i obowiązki żołnierzy wyznaczonych na stanowiska służbowe w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego określa również ustawa z dnia 9 czerwca 2006 r. o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego.
7. Do żołnierzy zawodowych pełniących zawodową służbę wojskową w instytucjach cywilnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3 stosuje się odpowiednio obowiązujące na zajmowanych przez nich stanowiskach służbowych przepisy prawa pracy lub przepisy dotyczące stosunku służbowego, odnoszące się do obowiązków pracodawcy i pracownika, regulaminów pracy, wyróżnień niezwiązanych z przebiegiem zawodowej służby wojskowej, odpowiedzialności materialnej pracowników, rozkładu czasu pracy oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, jak również tworzenia funduszu nagród, a także przyznawania nagród innych niż wynikające z przepisów ustawy z dnia 4 września 1997 r. o dyscyplinie wojskowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 370 i Nr 240, poz. 2052, z 2003 r. Nr 179, poz. 1750, z 2007 r. Nr 176, poz. 1242 oraz z 2009 r. Nr 114, poz. 957).
8. Minister Obrony Narodowej sprawuje nadzór w zakresie pełnienia czynnej służby wojskowej nad żołnierzem zawodowym, o którym mowa w ust. 1.
9. Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) organy wyznaczające na stanowiska służbowe w instytucjach cywilnych i odwołujące z tych stanowisk;
 - 2) szczegółowy tryb postępowania przy wyznaczaniu żołnierzy zawodowych na stanowiska służbowe w instytucjach cywilnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, i odwoływania z tych stanowisk;
 - 3) tryb postępowania przy kierowaniu żołnierzy zawodowych w celu wyznaczenia na stanowiska służbowe w instytucjach cywilnych, o których mowa w ust. 1 pkt 1, i odwoływania ich z tej służby;
 - 4) sposób wykonywania przez Ministra Obrony Narodowej nadzoru, o którym mowa w ust. 8;
 - 5) szczegółowe warunki i tryb opiniowania żołnierzy zawodowych pełniących zawodową służbę wojskową w instytucjach cywilnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, a także przełożonych uprawnionych do sporządzenia opinii.
10. Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 9, powinno w szczególności określić dane, jakie powinien zawierać wniosek o wyznaczenie żołnierza zawodowego na stanowisko służbowe w instytucji cywilnej, czynności realizowane przez organy wyznaczające na stanowiska służbowe w instytucjach cywilnych i odwołujące z tych stanowisk, jak również czynności realizowane przez organy przy kierowaniu do służby w celu wyznaczenia na stanowisko służbowe w Służbie Kontrwywiadu Wojskowego i Służbie Wywiadu Wojskowego oraz odwoływania z tej służby, a także wskazywać zagadnienia podlegające nadzorowi wykonywanemu przez Ministra Obrony Narodowej, jak również formę sprawowania nadzoru oraz uwzględniać specyfikę służby w instytucjach

cywilnych przy opiniowaniu służbowym żołnierzy zawodowych wyznaczonych na stanowiska służbowe w instytucjach cywilnych.

<Art.22a.

Żołnierz zawodowy może pełnić zawodową służbę wojskową na stanowiskach służbowych w spółkach kapitałowych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, dla których Minister Obrony Narodowej jest podmiotem tworzącym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.>

Art. 86.

1. Żołnierzowi zawodowemu wyznaczonemu na stanowisko służbowe poza miejscowością stanowiącą siedzibę jednostki wojskowej lub wydzielonego pododdziału, w której żołnierz zajmował dotychczas stanowisko służbowe przysługują:
 - 1) ryczałt z tytułu przeniesienia;
 - 2) diety - za czas przejazdu i pierwszą dobę pobytu w nowym miejscu pełnienia służby;
 - 3) ryczałt na pokrycie kosztów przejazdu z miejsca stałego zamieszkania do nowego miejsca pełnienia służby.
2. W przypadku przesiedlenia się żołnierza zawodowego, o którym mowa w ust. 1, do nowego miejsca pełnienia służby, przysługują mu ponadto:
 - 1) zasiłek osiedleniowy;
 - 2) zwrot kosztów przewozu urządzeń domowych.
3. Należności, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3 oraz ust. 2 pkt 1, przysługujące żołnierzowi zawodowemu pozostającemu w związku małżeńskim lub posiadającemu dzieci pozostające na jego utrzymaniu, ustala się z uwzględnieniem członków rodziny przesiedlających się z żołnierzem do nowego miejsca pełnienia służby.
4. Zasiłek osiedleniowy nie przysługuje żołnierzowi zawodowemu wyznaczonemu na stanowisko służbowe w miejscowości, w której żołnierz lub jego małżonek posiada dom lub samodzielny lokal mieszkalny albo jest on zameldowany na pobyt stały.
5. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do żołnierza zawodowego wyznaczonego na stanowisko służbowe poza granicami państwa.
6. Przepisy ust. 1-4 stosuje się odpowiednio do żołnierza zawodowego, który przesiedlił się do innej miejscowości w związku ze zmianą stałego miejsca stacjonowania jednostki wojskowej lub wydzielonego pododdziału.
7. Żołnierzowi zawodowemu skierowanemu przez dowódcę jednostki wojskowej do wykonywania zadań służbowych poza stałym miejscem pełnienia służby, w kraju lub poza granicami państwa, przysługują następujące należności za podróże służbowe:
 - 1) diety;
 - 2) zwrot kosztów:
 - a) przejazdu na trasie od stałego miejsca pełnienia służby do miejscowości stanowiącej cel skierowania i z powrotem,
 - b) noclegów lub ryczałt za nocleg,
 - c) dojazdu środkami komunikacji miejscowej w formie ryczałtu;

- 3) zwrot innych niezbędnych i udokumentowanych wydatków poniesionych w związku ze skierowaniem.
8. Należności, o których mowa w ust. 7, nie przysługują żołnierzowi zawodowemu wykonującemu zadania służbowe w składzie załogi jednostki pływającej albo przebywającemu na tej jednostce - za czas wykonywania przez niego zadań służbowych na morzu i w portach.
- [9. *Dieta nie przysługuje za czas pobytu w stałym miejscu pełnienia służby, miejscu zamieszkania lub na leczeniu w zakładzie opieki zdrowotnej, a także jeżeli na podstawie odrębnych przepisów żołnierz z tytułu odbywania podróży służbowej otrzymał bezpłatne wyżywienie lub równoważnik pieniężny w zamian za wyżywienie.*]
- <9. Dieta nie przysługuje za czas pobytu w stałym miejscu pełnienia służby, miejscu zamieszkania lub na leczeniu w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, a także jeżeli na podstawie odrębnych przepisów żołnierz z tytułu odbywania podróży służbowej otrzymał bezpłatne wyżywienie lub równoważnik pieniężny w zamian za wyżywienie.>**
10. Przepisów ust. 9 nie stosuje się do żołnierza zawodowego wykonującego zadania służbowe polegające na uczestniczeniu w ćwiczeniach i szkoleniach poligonowych, a także przebywającego poza stałym miejscem pełnienia służby w związku z czasową zmianą miejsca postoju jednostki wojskowej lub wydzielonego pododdziału.
11. Żołnierzowi zawodowemu wykonującemu zadania służbowe na terenie kraju przysługuje zwrot kosztów przejazdów do miejscowości zamieszkania w czasie wolnym od wykonywania czynności służbowych tylko wtedy, gdy spowoduje to zmniejszenie łącznych kosztów podróży, o których mowa w ust. 7. Warunek ten nie dotyczy żołnierza wykonującego zadania służbowe w okresie dłuższym niż dziesięć dni.
12. Zwrot kosztów noclegu lub ryczałt za nocleg, o których mowa w ust. 7 pkt 2 lit. b, nie przysługuje:
- 1) za czas przejazdu wagonem sypialnym lub z miejscami do leżenia oraz za czas pobytu w stałym miejscu pełnienia służby, zamieszkania lub zameldowania na pobyt stały;
 - 2) w przypadku gdy z miejscowości stanowiącej cel podróży służbowej istnieje dogodnie połączenie komunikacyjne umożliwiające codzienny powrót do stałego miejsca pełnienia służby lub miejscowości zamieszkania albo zameldowania na pobyt stały;
 - 3) w przypadku wykonywania zadań służbowych w porze nocnej albo zapewnienia żołnierzowi bezpłatnego noclegu;
 - 4) w przypadkach określonych w ust. 10.
13. Ryczałt, o którym mowa w ust. 7 pkt 2 lit. c, nie przysługuje, jeżeli żołnierz odbywa podróż służbową pojazdem służbowym albo gdy nie ponosi kosztów, na których pokrycie przeznaczony jest ten ryczałt.
14. Kwotę należności przysługujących żołnierzowi zawodowemu z tytułu zagranicznej podróży służbowej zmniejsza się o kwotę środków pieniężnych otrzymanych od strony zagranicznej na cele związane z finansowaniem kosztów tej podróży.
15. Minister Obrony Narodowej, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw pracy, określi, w drodze rozporządzenia, wysokość oraz szczegółowe warunki przyznawania należności, o których mowa w ust. 1, 2 i 7, oraz rodzaje wydatków, o których mowa w

ust. 7 pkt 3. Rozporządzenie powinno w szczególności określić sposób obliczania czasu podróży służbowej, sposób obliczania należności za przeniesienia i podróże służbowe, a także terminy i tryb ich wypłacania, uwzględniając możliwość wypłaty żołnierzom zawodowym zaliczek na cele związane z finansowaniem kosztów podróży służbowych i terminy ich rozliczania.

USTAWA z dnia 28 listopada 2003 r. O SŁUŻBIE ZASTĘPCZEJ (Dz. U. Nr 223, poz. 2217, z 2005 r. Nr 180, poz. 1496 oraz z 2009 r. Nr 22, poz. 120)

Art. 2.

1. Odbywanie służby zastępczej uznaje się za spełnianie powszechnego obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie służby wojskowej.
2. Służba zastępcza polega na wykonywaniu prac na rzecz ochrony środowiska, ochrony przeciwpożarowej, ochrony zdrowia, pomocy społecznej, opieki nad osobami niepełnosprawnymi albo bezdomnymi oraz na rzecz administracji publicznej i wymiaru sprawiedliwości.
- [3. Służbę zastępczą odbywa się w państwowych i samorządowych jednostkach organizacyjnych, publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz w organizacjach pożytku publicznego, zwanych dalej "podmiotami".]*
- <3. Służbę zastępczą odbywa się w państwowych i samorządowych jednostkach organizacyjnych, podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, o których mowa w przepisach o działalności leczniczej, oraz w organizacjach pożytku publicznego, zwanych dalej „podmiotami”.>**
4. Skierowanie do odbycia służby zastępczej w organizacji pożytku publicznego, którą jest jednostka organizacyjna kościoła lub związku wyznaniowego mająca osobowość prawną, następuje wyłącznie za zgodą osoby podlegającej kwalifikacji wojskowej.

Art. 7.

1. Podmiot składa do ministra właściwego do spraw pracy udokumentowany wniosek o wyrażenie zgody na odbywanie u niego służby zastępczej.
2. Minister właściwy do spraw pracy, w drodze decyzji administracyjnej, rozstrzyga o sposobie załatwienia wniosku, o którym mowa w ust. 1.
3. Minister właściwy do spraw pracy zawiadamia właściwego marszałka województwa o wydanej decyzji.
4. Podmiot jest obowiązany informować ministra właściwego do spraw pracy o każdej zmianie stanu faktycznego lub prawnego, mającej wpływ na odbywanie u niego służby zastępczej.
5. Minister właściwy do spraw pracy prowadzi wykaz podmiotów, które uzyskały zgodę na odbywanie u nich służby zastępczej przez osoby podlegające kwalifikacji wojskowej.
6. Minister właściwy do spraw pracy, w drodze decyzji administracyjnej, cofa zgodę udzieloną podmiotowi na odbywanie u niego służby zastępczej, jeżeli podmiot:

1) zaprzestał wykonywania prac na rzecz ochrony środowiska, ochrony przeciwpożarowej, administracji publicznej, ochrony zdrowia, pomocy społecznej, wymiaru sprawiedliwości, opieki nad osobami niepełnosprawnymi albo bezdomnymi;

[2) przestał być państwową albo samorządową jednostką organizacyjną, publicznym zakładem opieki zdrowotnej lub organizacją pożytku publicznego.]

<2) zmienił formę organizacyjną na inną niż określona w art. 2 ust. 3.>

7. Minister właściwy do spraw pracy określi, w drodze rozporządzenia, wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1, oraz dokumenty, jakie mają być dołączone do tego wniosku. Wniosek oraz dołączone dokumenty powinny umożliwić uzyskanie niezbędnych informacji o statusie prawnym podmiotu, dotychczasowej działalności prowadzonej przez podmiot oraz dokonanie oceny, czy prowadzona przez podmiot działalność pozwala na skierowanie do niego osoby podlegającej kwalifikacji wojskowej celem odbycia służby zastępczej.

USTAWA z dnia 11 marca 2004 r. O PODATKU OD TOWARÓW I USŁUG (Dz. U. Nr 54, poz. 535, z późn. zm.)

Art. 43.

1. Zwalnia się od podatku:

- 1) (uchylony);
- 2) dostawę towarów używanych, pod warunkiem że w stosunku do tych towarów nie przysługiwało dokonującemu ich dostawy prawo do obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego;
- 3) dostawę produktów rolnych pochodzących z własnej działalności rolniczej, dokonywaną przez rolnika ryczałtowego oraz świadczenie usług rolniczych przez rolnika ryczałtowego;
- 4) dostawę za cenę równą wartości nominalnej znaczków pocztowych, znaków skarbowych i innych znaków tego typu;
- 5) dostawę ludzkich organów i mleka kobiecego;
- 6) dostawę krwi, osocza w pełnym składzie, komórek krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzenia ludzkiego, niebędących lekami;
- 7) transakcje, łącznie z pośrednictwem, dotyczące walut, banknotów i monet używanych jako prawny środek płatniczy, z wyłączeniem banknotów i monet będących przedmiotami kolekcjonerskimi, za które uważa się monety ze złota, srebra lub innego metalu oraz banknoty, które nie są zwykle używane jako prawny środek płatniczy lub które mają wartość numizmatyczną;
- 8) dostawę złota dla Narodowego Banku Polskiego;
- 9) dostawę terenów niezabudowanych innych niż tereny budowlane oraz przeznaczone pod zabudowę;
- 10) dostawę budynków, budowli lub ich części, z wyjątkiem gdy:
 - a) dostawa jest dokonywana w ramach pierwszego zasiedlenia lub przed nim,

- b) pomiędzy pierwszym zasiedleniem a dostawą budynku, budowli lub ich części upłynął okres krótszy niż 2 lata;
- 10a) dostawę budynków, budowli lub ich części nieobjętą zwolnieniem, o którym mowa w pkt 10, pod warunkiem że:
- a) w stosunku do tych obiektów nie przysługiwało dokonującemu ich dostawy prawo do obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego,
 - b) dokonujący ich dostawy nie ponosił wydatków na ich ulepszenie, w stosunku do których miał prawo do obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego, a jeżeli ponosił takie wydatki, to były one niższe niż 30 % wartości początkowej tych obiektów;
- 11) czynności wykonywane na rzecz członków spółdzielni, którym przysługują spółdzielcze prawa do lokali mieszkalnych, członków spółdzielni będących właścicielami lokali mieszkalnych lub na rzecz właścicieli lokali mieszkalnych niebędących członkami spółdzielni, za które są pobierane opłaty, zgodnie z art. 4 ust. 1, 2, 4 i 5 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o spółdzielniach mieszkaniowych;
- 12) usługi zarządzania:
- a) funduszami inwestycyjnymi i zbiorczymi portfelami papierów wartościowych - w rozumieniu przepisów o funduszach inwestycyjnych,
 - b) portfelami inwestycyjnymi funduszy inwestycyjnych, o których mowa w lit. a, lub ich częścią,
 - c) ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w rozumieniu przepisów o działalności ubezpieczeniowej,
 - d) otwartymi funduszami emerytalnymi w rozumieniu przepisów o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, a także Funduszem Gwarancyjnym utworzonym na podstawie tych przepisów,
 - e) pracowniczymi programami emerytalnymi w rozumieniu przepisów o pracowniczych programach emerytalnych,
 - f) obowiązkowym systemem rekompensat oraz funduszem rozliczeniowym utworzonymi na podstawie przepisów prawa o publicznym obrocie papierami wartościowymi, a także innymi środkami i funduszami, które są gromadzone lub tworzone w celu zabezpieczenia prawidłowego rozliczenia transakcji zawartych w obrocie na rynku regulowanym w rozumieniu tych przepisów albo w obrocie na giełdach towarowych w rozumieniu przepisów o giełdach towarowych, przez partnera centralnego, agenta rozrachunkowego lub izbę rozliczeniową w rozumieniu przepisów o ostateczności rozrachunku w systemach płatności i systemach rozrachunku papierów wartościowych oraz zasadach nadzoru nad tymi systemami;
- 13) udzielanie licencji lub upoważnienie do korzystania z licencji oraz przeniesienie autorskiego prawa majątkowego w rozumieniu przepisów prawa autorskiego - w odniesieniu do programu komputerowego - bez pobrania należności na rzecz placówek oświatowych, o których mowa w ust. 9;
- 14) świadczenie usług przez techników dentystycznych w ramach wykonywania ich zawodu, jak również dostawę protez dentystycznych lub sztucznych zębów przez dentystów oraz techników dentystycznych;

- 15) działalność w zakresie gier losowych, zakładów wzajemnych, gier na automatach i gier na automatach o niskich wygranych, podlegającą opodatkowaniu podatkiem od gier na zasadach określonych w odrębnej ustawie;
- 16) dostawę towarów, o której mowa w art. 7 ust. 2 pkt 2, przez producenta, której przedmiotem są produkty spożywcze, z wyjątkiem napojów alkoholowych o zawartości alkoholu powyżej 1,2 % oraz napojów alkoholowych będących mieszaniną piwa i napojów bezalkoholowych, w których zawartość alkoholu przekracza 0,5 %, jeżeli są one przekazywane na rzecz organizacji pożytku publicznego, w rozumieniu ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, z przeznaczeniem na cele działalności charytatywnej prowadzonej przez te organizacje;
- 17) usługi pocztowe oraz dostawę towarów ściśle z tymi usługami związaną - realizowane przez operatora obowiązanego do świadczenia powszechnych usług pocztowych;
- [18) usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawę towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane przez zakłady opieki zdrowotnej;]*
- <18) usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawę towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, wykonywane w ramach działalności leczniczej przez podmioty lecznicze;>**
- <18a) usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, oraz dostawę towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane wynikające bezpośrednio z procesu leczenia, świadczone na rzecz przedsiębiorstw podmiotów leczniczych na ich terenie;>**
- [19) usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, świadczone przez:*
- a) lekarzy i lekarzy dentystów,*
 - b) pielęgniarki i położne,*
 - c) osoby wykonujące inne zawody medyczne, o których mowa w art. 18d ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.),*
 - d) psychologów;]*
- <19) usługi w zakresie opieki medycznej, służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, świadczone w ramach:**
- a) działalności leczniczej przez:**
 - lekarzy i lekarzy dentystów,**
 - pielęgniarki i położne,**
 - osoby wykonujące inne zawody medyczne, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...),**
 - b) wykonywania zawodu przez psychologów;>**
- 20) usługi transportu sanitarnego;

- 21) usługi świadczone przez niezależne grupy osób, na rzecz swoich członków, których działalność jest zwolniona od podatku lub w zakresie której członkowie ci nie są uznawani za podatników, w celu świadczenia swoim członkom usług bezpośrednio niezbędnych do wykonywania tej działalności zwolnionej lub wyłączonej od podatku, w przypadku gdy grupy te ograniczają się do żądania od swoich członków zwrotu kosztów do wysokości kwoty indywidualnego udziału przypadającego na każdego z nich w ogólnych wydatkach tych grup, poniesionych we wspólnym interesie, jeżeli zwolnienie nie spowoduje naruszenia warunków konkurencji;
- 22) usługi pomocy społecznej w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej oraz usługi określone w przepisach o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, a także dostawę towarów ściśle z tymi usługami związaną, na rzecz beneficjenta tej pomocy, wykonywane przez:
 - a) regionalne ośrodki polityki społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej, rodzinne domy pomocy, ośrodki wsparcia i ośrodki interwencji kryzysowej,
 - b) wpisane do rejestru prowadzonego przez wojewodę:
 - domy pomocy społecznej prowadzone przez podmioty posiadające zezwolenie wojewody,
 - placówki opiekuńczo-wychowawcze i ośrodki adopcyjno-opiekuńcze,
 - c) placówki specjalistycznego poradnictwa,
 - d) inne niż wymienione w lit. a-c placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku na podstawie zezwolenia wojewody, wpisane do rejestru prowadzonego przez wojewodę,
 - e) specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;
- 23) usługi opieki nad osobami niepełnosprawnymi, przewlekle chorymi lub osobami w podeszłym wieku, świadczone w miejscu ich zamieszkania przez podmioty inne niż wymienione w pkt 22, oraz dostawę towarów ściśle z tymi usługami związaną;
- 24) usługi w zakresie opieki nad dziećmi i młodzieżą oraz dostawę towarów ściśle z tymi usługami związaną, wykonywane:
 - a) w formach i na zasadach określonych w przepisach o pomocy społecznej oraz w przepisach o systemie oświaty,
 - b) przez podmioty sprawujące opiekę nad dziećmi w wieku do 3 lat;
- 25) usługi w zakresie obowiązkowych ubezpieczeń społecznych;
- 26) usługi świadczone przez:
 - a) jednostki objęte systemem oświaty w rozumieniu przepisów o systemie oświaty, w zakresie kształcenia i wychowania,
 - b) uczelnie, jednostki naukowe Polskiej Akademii Nauk oraz jednostki badawczo-rozwojowe, w zakresie kształcenia na poziomie wyższym- oraz dostawę towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane;
- 27) usługi prywatnego nauczania na poziomie przedszkolnym, podstawowym, gimnazjalnym, ponadgimnazjalnym i wyższym, świadczone przez nauczycieli;

- 28) usługi nauczania języków obcych oraz dostawę towarów i świadczenie usług ściśle z tymi usługami związane, inne niż wymienione w pkt 26, pkt 27 i pkt 29;
- 29) usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, inne niż wymienione w pkt 26:
- a) prowadzone w formach i na zasadach przewidzianych w odrębnych przepisach, lub
 - b) świadczone przez podmioty, które uzyskały akredytację w rozumieniu przepisów o systemie oświaty - wyłącznie w zakresie usług objętych akredytacją, lub
 - c) finansowane w całości ze środków publicznych
- oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane;
- 30) usługi zakwaterowania:
- a) w bursach i internatach świadczone na rzecz uczniów i wychowanków szkół prowadzących te bursy i internaty,
 - b) w domach studenckich świadczone na rzecz studentów i doktorantów uczelni prowadzących te domy studenckie,
 - c) świadczone na rzecz uczniów i wychowanków lub studentów i doktorantów przez podmioty inne niż wymienione w lit. a i b, pod warunkiem że szkoły lub uczelnie mają z tymi podmiotami zawarte umowy dotyczące zakwaterowania swoich uczniów i wychowanków lub studentów i doktorantów;
- 31) usługi oraz dostawę towarów ściśle z tymi usługami związaną, realizowane przez:
- a) kościoły i związki wyznaniowe, o których mowa w przepisach o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej oraz w przepisach o stosunku Państwa do kościołów i innych związków wyznaniowych,
 - b) organizacje powołane do realizacji celów o charakterze politycznym, związkowym, patriotycznym, filozoficznym, filantropijnym lub obywatelskim
- w zakresie interesu zbiorowego swoich członków, wykonywane na rzecz ich członków w zamian za składki, których wysokość i zasady ustalania wynikają z przepisów statutowych tych podmiotów, pod warunkiem że podmioty te nie są nastawione na osiągnięcie zysków, jeżeli zwolnienie nie spowoduje naruszenia warunków konkurencji;
- 32) usługi ściśle związane ze sportem lub wychowaniem fizycznym świadczone przez kluby sportowe, związki sportowe oraz związki stowarzyszeń i innych osób prawnych, których celem statutowym jest działalność na rzecz rozwoju i upowszechniania sportu, pod warunkiem że:
- a) są one konieczne do organizowania i uprawiania sportu lub organizowania wychowania fizycznego i uczestniczenia w nim,
 - b) świadczący te usługi nie są nastawieni na osiągnięcie zysków,
 - c) są one świadczone na rzecz osób uprawiających sport lub uczestniczących w wychowaniu fizycznym
- z wyłączeniem usług związanych z działalnością marketingową oraz reklamowo-promocyjną, wstępu na imprezy sportowe, usług odpłatnego prowadzenia statków przeznaczonych do uprawiania sportu i rekreacji, usług odpłatnego zakwaterowania

związanych ze sportem lub wychowaniem fizycznym oraz usług wynajmu sprzętu sportowego i obiektów sportowych za odpłatnością;

- 33) usługi kulturalne świadczone przez:
- a) podmioty prawa publicznego lub inne podmioty uznane na podstawie odrębnych przepisów za instytucje o charakterze kulturalnym lub wpisane do rejestru instytucji kultury, prowadzonego przez organizatora będącego podmiotem tworzącym instytucje kultury w rozumieniu przepisów o organizowaniu i prowadzeniu działalności kulturalnej, oraz dostawę towarów ściśle z tymi usługami związaną,
 - b) indywidualnych twórców i artystów wykonawców, w rozumieniu przepisów o prawie autorskim i prawach pokrewnych, wynagradzane w formie honorariów, w tym za przekazanie lub udzielenie licencji do praw autorskich lub praw do artystycznego wykonania utworów;
- 34) usługi związane z realizacją zadań radiofonii i telewizji świadczone przez jednostki publicznej radiofonii i telewizji, z wyłączeniem:
- a) usług związanych z filmami i nagraniami na wszelkich nośnikach,
 - b) usług w zakresie produkcji filmów reklamowych i promocyjnych,
 - c) usług reklamowych i promocyjnych,
 - d) działalności agencji informacyjnych;
- 35) zapewnienie personelu przez kościoły i związki wyznaniowe, o których mowa w pkt 31 lit. a, lub instytucje filozoficzne dla działalności, o której mowa w pkt 18, 22, 24, 26 i 28-30, w celu zapewnienia opieki duchowej;
- 36) usługi w zakresie wynajmowania lub wydzierżawiania nieruchomości o charakterze mieszkalnym lub części nieruchomości, na własny rachunek, wyłącznie na cele mieszkaniowe;
- 37) usługi ubezpieczeniowe, usługi reasekuracyjne i usługi pośrednictwa w świadczeniu usług ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych, a także usługi świadczone przez ubezpieczającego w zakresie zawieranych przez niego umów ubezpieczenia na cudzy rachunek, z wyłączeniem zbywania praw nabytych w związku z wykonywaniem umów ubezpieczenia i umów reasekuracji;
- 38) usługi udzielania kredytów lub pożyczek pieniężnych oraz usługi pośrednictwa w świadczeniu usług udzielania kredytów lub pożyczek pieniężnych, a także zarządzanie kredytami lub pożyczkami pieniężnymi przez kredytodawcę lub pożyczkodawcę;
- 39) usługi w zakresie udzielania poręczeń, gwarancji i wszelkich innych zabezpieczeń transakcji finansowych i ubezpieczeniowych oraz usługi pośrednictwa w świadczeniu tych usług, a także zarządzanie gwarancjami kredytowymi przez kredytodawcę lub pożyczkodawcę;
- 40) usługi w zakresie depozytów środków pieniężnych, prowadzenia rachunków pieniężnych, wszelkiego rodzaju transakcji płatniczych, przekazów i transferów pieniężnych, długów, czeków i weksli oraz usługi pośrednictwa w świadczeniu tych usług;
- 41) usługi, których przedmiotem są instrumenty finansowe, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (Dz. U. z 2010 r. Nr 211,

poz. 1384), z wyłączeniem przechowywania tych instrumentów i zarządzania nimi, oraz usługi pośrednictwa w tym zakresie.

2. Przez towary używane, o których mowa w ust. 1 pkt 2, rozumie się ruchomości, których okres używania przez podatnika dokonującego ich dostawy wyniósł co najmniej pół roku po nabyciu prawa do rozporządzania tymi towarami jak właściciel.
3. Rolnik ryczałtowy dokonujący dostawy produktów rolnych lub świadczący usługi rolnicze, które są zwolnione od podatku na podstawie ust. 1 pkt 3, może zrezygnować z tego zwolnienia pod warunkiem:
 - 1) dokonania w poprzednim roku podatkowym dostawy produktów rolnych oraz świadczenia usług rolniczych o wartości przekraczającej 20.000 zł oraz
 - 2) dokonania zgłoszenia rejestracyjnego, o którym mowa w art. 96 ust. 1 i 2, oraz
 - 3) prowadzenia ewidencji, o której mowa w art. 109 ust. 3.
4. Rolnik ryczałtowy, który zamierza zrezygnować ze zwolnienia określonego w ust. 1 pkt 3, jest obowiązany prowadzić ewidencję, o której mowa w art. 109 ust. 1, przez okres co najmniej 3 kolejnych miesięcy poprzedzających bezpośrednio miesiąc, od którego rolnik ten rezygnuje ze zwolnienia.
5. Podatnicy, o których mowa w ust. 3, którzy zrezygnowali ze zwolnienia od podatku, mogą po upływie 3 lat od daty rezygnacji ze zwolnienia ponownie skorzystać ze zwolnienia określonego w ust. 1 pkt 3. Zwolnienie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, obowiązuje pod warunkiem pisemnego zawiadomienia naczelnika urzędu skarbowego przed początkiem miesiąca (kwartału), od którego podatnicy ci ponownie chcą skorzystać ze zwolnienia.
6. (uchylony).
7. Zwolnienie określone w ust. 1 pkt 10 nie ma zastosowania w przypadku, o którym mowa w art. 29 ust. 8.
- 7a. Warunku, o którym mowa w ust. 1 pkt 10a lit. b, nie stosuje się, jeżeli budynki, budowle lub ich części w stanie ulepszonym były wykorzystywane przez podatnika do czynności opodatkowanych przez co najmniej 5 lat.
8. Przez zarządzanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 12, rozumie się:
 - 1) zarządzanie aktywami;
 - 2) dystrybucję tytułów uczestnictwa;
 - 3) tworzenie rejestrów uczestników i administrowanie nimi;
 - 4) prowadzenie rachunków i rejestrów aktywów;
 - 5) przechowywanie aktywów.
9. Przez placówki oświatowe, o których mowa w ust. 1 pkt 13 oraz w art. 83, rozumie się szkoły i przedszkola publiczne i niepubliczne, szkoły wyższe i placówki opiekuńczo-wychowawcze.
10. Podatnik może zrezygnować ze zwolnienia od podatku, o którym mowa w ust. 1 pkt 10, i wybrać opodatkowanie dostawy budynków, budowli lub ich części, pod warunkiem że dokonujący dostawy i nabywca budynku, budowli lub ich części:
 - 1) są zarejestrowani jako podatnicy VAT czynni;

- 2) złożyć, przed dniem dokonania dostawy tych obiektów właściwemu dla ich nabywcy naczelnikowi urzędu skarbowego, zgodne oświadczenie, że wybierają opodatkowanie dostawy budynku, budowli lub ich części.
11. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 10 pkt 2, musi również zawierać:
- 1) imiona i nazwiska lub nazwę, adresy oraz numery identyfikacji podatkowej dokonującego dostawy oraz nabywcy;
 - 2) planowaną datę zawarcia umowy dostawy budynku, budowli lub ich części;
 - 3) adres budynku, budowli lub ich części.
12. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 16, stosuje się pod warunkiem prowadzenia szczegółowej dokumentacji przez dokonującego dostawy towarów potwierdzającej dokonanie dostawy na rzecz organizacji pożytku publicznego, z przeznaczeniem wyłącznie na cele działalności charytatywnej prowadzonej przez te organizacje.
- <12a. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 19 lit. a tiret pierwsze i drugie, stosuje się do działalności leczniczej wykonywanej przez wymienione w tych przepisach podmioty w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska lub grupowa praktyka pielęgniarska.>**
13. Zwolnienie od podatku stosuje się również do świadczenia usługi stanowiącej element usługi wymienionej w ust. 1 pkt 7 i 37-41, który sam stanowi odrębną całość i jest właściwy oraz niezbędny do świadczenia usługi zwolnionej zgodnie z ust. 1 pkt 7 i 37-41.
14. Przepisu ust. 13 nie stosuje się do świadczenia usług stanowiących element usług pośrednictwa, o których mowa w ust. 1 pkt 7 i 37-41.
15. Zwolnienia, o których mowa w ust. 1 pkt 7, 12 i 37-41 oraz w ust. 13, nie mają zastosowania do:
- 1) czynności ściągania długów, w tym factoringu;
 - 2) usług doradztwa;
 - 3) usług w zakresie leasingu.
16. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 41, nie ma zastosowania do usług dotyczących praw i udziałów odzwierciedlających:
- 1) tytuł prawny do towarów;
 - 2) tytuł własności nieruchomości;
 - 3) prawa rzeczowe dające ich posiadaczowi prawo do korzystania z nieruchomości;
 - 4) udziały i inne tytuły prawne dające ich posiadaczowi prawne lub faktyczne prawo własności lub posiadania nieruchomości lub jej części;
 - 5) prawa majątkowe, których instrumentami bazowymi są towary, mierniki i limity wielkości produkcji oraz uprawnienia do emisji zanieczyszczeń, i które mogą być zrealizowane poprzez dostawę towarów lub świadczenie usług innych niż zwolnione z podatku.
17. Zwolnienia, o których mowa w ust. 1 pkt 18, 22-24, 26, 28, 29, 31, 32 i 33 lit. a, nie mają zastosowania do dostawy towarów lub świadczenia usług ściśle związanych z usługami podstawowymi, jeżeli:
- 1) nie są one niezbędne do wykonania usługi podstawowej, zwolnionej zgodnie z ust. 1 pkt 18, 22-24, 26, 28, 29, 31, 32 i 33 lit. a lub

- 2) ich głównym celem jest osiągnięcie dodatkowego dochodu przez podatnika, przez konkurencyjne wykonywanie tych czynności w stosunku do podatników niekorzystających z takiego zwolnienia.
18. Zwolnienia, o których mowa w ust. 1 pkt 31, 32 i 33 lit. a, stosuje się, pod warunkiem że podmioty wykonujące czynności, o których mowa w tych przepisach, nie osiągają w sposób systematyczny zysków z tej działalności, a w przypadku ich osiągnięcia są one przeznaczane w całości na kontynuację lub doskonalenie świadczonych usług.
19. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 33, nie ma zastosowania do:
- 1) usług związanych z filmami i nagraniami na wszelkich nośnikach;
 - 2) wstępu:
 - a) na spektakle, koncerty, przedstawienia i imprezy w zakresie twórczości i wykonawstwa artystycznego i literackiego,
 - b) do wesołych miasteczek, parków rozrywki, cyrków, dyskotek, sal balowych,
 - c) do parków rekreacyjnych, na plaże i do innych miejsc o charakterze kulturalnym;
 - 3) wstępu oraz wypożyczania wydawnictw w zakresie usług świadczonych przez biblioteki, archiwa, muzea i innych usług związanych z kulturą;
 - 4) usług związanych z produkcją filmów i nagrań na wszelkich nośnikach;
 - 5) działalności agencji informacyjnych;
 - 6) usług wydawniczych;
 - 7) usług radia i telewizji, z zastrzeżeniem ust. 1 pkt 34;
 - 8) usług ochrony praw.
20. Zwolnienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 36, nie ma zastosowania do usług wymienionych w poz. 163 załącznika nr 3 do ustawy.

USTAWA z dnia 2 lipca 2004 r. O SWOBODZIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447 i Nr 239, poz. 1593)

Art. 84a.

Przepisów art. 79, 79a, 80, 80a, art. 81 ust. 2, art. 81a, 82 i 83 nie stosuje się wobec działalności gospodarczej przedsiębiorców w zakresie objętym:

- 1) szczególnym nadzorem podatkowym, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o Służbie Celnej (Dz. U. Nr 168, poz. 1323 i Nr 201, poz. 1540 oraz z 2010 r. Nr 182, poz. 1228);
- 2) nadzorem weterynaryjnym, na podstawie ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. o ochronie zwierząt (Dz. U. z 2003 r. Nr 106, poz. 1002, z późn. zm.), ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, ustawy z dnia 27 sierpnia 2003 r. o weterynaryjnej kontroli granicznej (Dz. U. Nr 165, poz. 1590, z późn. zm.), ustawy z dnia 10 grudnia 2003 r. o kontroli weterynaryjnej w handlu (Dz. U. z 2004 r. Nr 16, poz. 145, z 2006 r. Nr 17, poz. 127 oraz z 2008 r. Nr 145, poz. 916 oraz z 2009 r. Nr

18, poz. 97), ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. o Inspekcji Weterynaryjnej (Dz. U. z 2010 r. Nr 112, poz. 744), ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o ochronie zdrowia zwierząt oraz zwalczaniu chorób zakaźnych zwierząt (Dz. U. z 2008 r. Nr 213, poz. 1342 oraz z 2010 r. Nr 47, poz. 278, Nr 60, poz. 372 i Nr 78, poz. 513), ustawy z dnia 16 grudnia 2005 r. o produktach pochodzenia zwierzęcego (Dz. U. z 2006 r. Nr 17, poz. 127, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o paszach (Dz. U. Nr 144, poz. 1045, z późn. zm.);

- 3) kontrolą administracji rybołówstwa, na podstawie ustawy z dnia 19 lutego 2004 r. o rybołówstwie;
- 4) kontrolą związaną z nadawaniem towarom przeznaczenia celnego dokonywaną w urzędzie celnym albo w miejscu wyznaczonym lub uznanym przez organ celny, na podstawie przepisów celnych albo graniczną kontrolą fitosanitarną dokonywaną na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 grudnia 2003 r. o ochronie roślin (Dz. U. z 2008 r. Nr 133, poz. 849, z późn. zm.);
- 5) kontrolą przemieszczających się środków transportu, osób z nich korzystających oraz towarów nimi przewożonych, na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o Służbie Celnej, ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym oraz ustawy z dnia 28 marca 2003 r. o transporcie kolejowym;
- 6) zakupem produktów lub usług sprawdzającym rzetelność usługi, na podstawie ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o Inspekcji Handlowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1219 oraz z 2010 r. Nr 182, poz. 1228);
- 7) sprzedażą dokonywaną poza punktem stałej lokalizacji (sprzedaż obwoźna i obnośna na targowiskach w rozumieniu art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 95, poz. 613 i Nr 96, poz. 620)).

<Art. 84aa.

Przepisów art. 79, art. 80a, art. 82 i art. 83 ustawy nie stosuje się w odniesieniu do kontroli działalności leczniczej dokonywanej przez organ prowadzący rejestr, ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewodę i pomiot tworzący w zakresie zadań określonych w przepisach o działalności leczniczej.>

USTAWA z dnia 27 sierpnia 2004 r. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.)

Art. 5.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) ambulatoryjna opieka zdrowotna - udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych;
- [2) *apтека - aptekę ogólnodostępną, aptekę zakładową prowadzoną w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra*

Sprawiedliwości albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub punkt apteczny;]

<2) apteka – aptekę ogólnodostępną, aptekę zakładową prowadzoną w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości albo ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub punkt apteczny;>

3) członek rodziny - następujące osoby:

a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej - do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi - bez ograniczenia wieku,

b) małżonka,

c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym;

4) felczer ubezpieczenia zdrowotnego - felczera lub starszego felczera udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, z którym zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

5) inwalida wojenny lub wojskowy - osobę, o której mowa w art. 6-8 lub w art. 30 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz. U. z 2002 r. Nr 9, poz. 87, z późn. zm.);

5a) cywilna niewidoma ofiara działań wojennych - osobę, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 16 listopada 2006 r. o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz. U. Nr 249, poz. 1824);

6) instytucja wypłacająca emeryturę lub rentę - instytucję wypłacającą rentę strukturalną zgodnie z przepisami o rentach strukturalnych, przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej lub przepisami o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich z udziałem środków Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich;

7) kombatant - osobę, o której mowa w art. 1-4 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2002 r. Nr 42, poz. 371, z późn. zm.);

8) korzystający - organizację, podmiot, organ administracji publicznej oraz jednostkę organizacyjną, o których mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.);

9) lek - produkt leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271);

10) lek podstawowy - produkt leczniczy ratujący życie lub niezbędny w terapii dla przywracania lub poprawy zdrowia, spełniający warunki bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności kosztowej;

11) lek recepturowy - produkt leczniczy sporządzony w aptece na podstawie recepty lekarskiej;

- 12) lek uzupełniający - produkt leczniczy wspomagający lub uzupełniający działanie leków podstawowych, a także produkt leczniczy o zbliżonych właściwościach terapeutycznych do leku podstawowego;
- 13) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej - lekarza:
 - a) posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
 - b) odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub
 - c) posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej- udzielającego świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej;
- 14) lekarz ubezpieczenia zdrowotnego - lekarza, lekarza dentystę będącego świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarza, lekarza dentystę, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 14a) migracja ubezpieczonych - korzystanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z innymi oddziałami wojewódzkimi Funduszu, lub nabywanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, leków i wyrobów medycznych, bezpłatnie, za opłatą ryczałtową albo za częściową odpłatnością, w aptekach działających na terytorium innych oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 15) minimalne wynagrodzenie - minimalne wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 ust. 3-5 ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. Nr 200, poz. 1679, z 2004 r. Nr 240, poz. 2407 oraz z 2005 r. Nr 157, poz. 1314);
- 15a) Narodowy Rachunek Zdrowia - zestawienie wszystkich wydatków na ochronę zdrowia, uwzględniające źródła finansowania ochrony zdrowia, dostawców usług medycznych oraz funkcje tych usług, oparte na zasadach przejrzystości i rzetelności gromadzonych danych;
- 16) nazwa międzynarodowa leku - nazwę leku zalecaną przez Światową Organizację Zdrowia;
- 17) niepełnosprawny - osobę, o której mowa w art. 4-5 i 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92);
- 17a) nocna i świąteczna opieka zdrowotna - świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym;

- 18) odbywający staż adaptacyjny - odbywającego staż adaptacyjny wnioskodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz. U. Nr 87, poz. 954, z późn. zm.) lub odbywającego staż adaptacyjny wnioskodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 10 maja 2002 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do podejmowania lub wykonywania niektórych działalności (Dz. U. Nr 71, poz. 655, z 2003 r. Nr 190, poz. 1864 z 2004 r. Nr 96, poz. 959 oraz 2007 r. Nr 176, poz. 1238);
- 19) osoba bezdomna wychodząca z bezdomności - osobę objętą indywidualnym programem wychodzenia z bezdomności zgodnie z przepisami o pomocy społecznej;
- 20) osoba pobierająca emeryturę lub rentę - osobę objętą zaopatrzeniem emerytalnym lub rentowym, pobierającą rentę socjalną albo rentę strukturalną na podstawie ustawy z dnia 26 kwietnia 2001 r. o rentach strukturalnych w rolnictwie (Dz. U. Nr 52, poz. 539, z 2003 r. Nr 229, poz. 2273 oraz z 2004 r. Nr 91, poz. 873) lub ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o wspieraniu rozwoju obszarów wiejskich ze środków pochodzących z Sekcji Gwarancji Europejskiego Funduszu Orientacji i Gwarancji Rolnej (Dz. U. Nr 229, poz. 2273, z późn. zm.), oraz osobę otrzymującą emeryturę lub rentę z zagranicy;
- 21) osoba prowadząca działalność pozarolniczą - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 22) osoba represjonowana - osobę, o której mowa w art. 12 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego;
- 23) osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji - osobę, która nie jest ubezpieczona w Funduszu i posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ustawodawstwa innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), a której przysługują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej świadczenia opieki zdrowotnej z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie przepisów o koordynacji;
- 24) osoba współpracująca - osobę, o której mowa w art. 8 ust. 11 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;
- 25) pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej - pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i

wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- 26) pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego - pielęgniarkę lub położną będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo pielęgniarkę lub położną zatrudnioną lub wykonującą zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 27) podstawowa opieka zdrowotna - świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej;
- 28) położna podstawowej opieki zdrowotnej - położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowisko-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 29) potrzeby zdrowotne - liczbę i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej, które powinny być zapewnione w celu zachowania, przywrócenia lub poprawy zdrowia danej grupy świadczeniobiorców;
- 30) program zdrowotny - zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, finansowany ze środków publicznych;
- 31) przeciętne wynagrodzenie - przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw z poprzedniego kwartału, włącznie z wypłatami z zysku, ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski";
- 32) przepisy o koordynacji - przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, określone w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w

sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz rozporządzeniu Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń;

33) stan nagły - stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 160, poz. 1172 oraz z 2008 r. Nr 17, poz. 101);

<33a) transport sanitarny – przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu;>

34) świadczenie opieki zdrowotnej - świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące;

35) świadczenie gwarantowane - świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie;

36) świadczenie specjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

37) świadczenie zdrowotne rzeczowe - związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, i środki pomocnicze;

38) świadczenie towarzyszące - zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej całodobowej lub całodziennej oraz usługi transportu sanitarnego;

39) świadczenie wysokospecjalistyczne - świadczenie opieki zdrowotnej lub procedurę medyczną spełniające łącznie następujące kryteria:

a) udzielenie świadczenia wymaga wysokiego poziomu zaawansowania technicznego świadczeniodawcy i zaawansowanych umiejętności osób udzielających świadczenia,

b) koszt jednostkowy świadczenia jest wysoki;

40) świadczenie zdrowotne - działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania;

41) świadczeniodawca:

[a) zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki,]

<a) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;>

b) osobę fizyczną inną niż wymieniona w lit. a, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,

[c) państwową jednostkę budżetową, o której mowa w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240), tworzoną i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,]

d) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi;

<e) instytut badawczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...);>

42) procedura medyczna - postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;

43) ubezpieczenia społeczne - ubezpieczenia określone w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych;

44) ubezpieczenie społeczne rolników - ubezpieczenie określone w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;

44a) uprawniony żołnierz lub pracownik - żołnierz lub pracownik wojska, o którym mowa w art. 6 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa (Dz. U. Nr 162, poz. 1117 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135), który doznał urazu lub zachorował podczas wykonywania zadań służbowych poza granicami państwa;

45) wolontariusz - osobę, o której mowa w art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie;

46) wyroby medyczne - wyroby medyczne, wyroby medyczne do diagnostyki in vitro, wyposażenie wyrobów medycznych, wyposażenie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywne wyroby medyczne do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679).

Art. 12.

[Przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego przez zakłady opieki zdrowotnej na podstawie:]

<Przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie:>

1) (uchylony);

- 2) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238);
- 3) art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.);
- 4) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.);
- 5) art. 117 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2006 r. Nr 234, poz. 1694, z 2007 r. Nr 120, poz. 818 i Nr 165, poz. 1170 oraz z 2008 r. Nr 70, poz. 416);
- 6) przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570) - w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych;
- 7) przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 8) (uchylony);
- 9) art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. Nr 180, poz. 1280 oraz z 2008 r. Nr 52, poz. 305).

Art. 21.

1. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie:
 - 1) zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w przypadku szpitali;
 - 2) kierownika świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - w przypadku świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej;
 - 3) świadczeniodawcy - w przypadku innym niż określone w pkt 1 i 2.
 2. W skład zespołu oceny przyjęć wchodzi:
 - 1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej;
 - 2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej;
 - 3) pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku - inna pielęgniarka albo położna.
- [2a. W przypadku gdy zespół oceny przyjęć działa przy publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, rada społeczna, o której mowa w art. 44b i 44c ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), może wyznaczyć do zespołu oceny przyjęć swojego przedstawiciela wykonującego zawód medyczny i niebędącego zatrudnionym w tym zakładzie.]*
- <2a. W przypadku gdy zespół oceny przyjęć działa przy samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej albo jednostce budżetowej rada społeczna, o której mowa w art. 48 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej, może wyznaczyć do zespołu oceny przyjęć swojego przedstawiciela wykonującego zawód medyczny i niebędącego zatrudnionym u tego świadczeniodawcy.>**

3. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, wyznacza przewodniczącego zespołu spośród osób, o których mowa w ust. 2, a także określa tryb pracy zespołu.
4. Do zadań zespołu oceny przyjęć, kierownika świadczeniodawcy albo świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:
 - 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji;
 - 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia;
 - 3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.
5. Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1.
6. Jeżeli u świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, nie udziela świadczeń lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, to w skład zespołu oceny przyjęć wchodzi osoby, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i 3.
- [7. Jeżeli w zakładzie opieki zdrowotnej będącym świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, działa zespół zarządzania jakością, spełniający warunki określone w ust. 2, wykonuje on zadania, o których mowa w ust. 4 i 5.]*
- <7. Jeżeli u świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, działa zespół zarządzania jakością, spełniający warunki określone w ust. 2, wykonuje on zadania, o których mowa w ust. 4 i 5.>**

Art. 33.

1. Leczenie uzdrowiskowe przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
2. Skierowanie, o którym mowa w ust. 1, wymaga potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, a jeżeli nie można ustalić miejsca jego zamieszkania - oddział wojewódzki Funduszu właściwy dla siedziby świadczeniodawcy, który wystawił skierowanie.
3. Świadczeniobiorca ponosi koszty przejazdu na leczenie uzdrowiskowe i z leczenia uzdrowiskowego oraz częściową odpłatność za koszty wyżywienia i zakwaterowania w sanatorium uzdrowiskowym. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych pokrywa do wysokości określonej w umowie oddziału wojewódzkiego Funduszu z sanatorium uzdrowiskowym różnicę kosztów wyżywienia i zakwaterowania ubezpieczonego.
4. Dzieci i młodzież do ukończenia lat 18, a jeżeli kształcą się dalej - do ukończenia lat 26, dzieci niepełnosprawne w znacznym stopniu - bez ograniczenia wieku, a także dzieci uprawnione do renty rodzinnej nie ponoszą odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania w prewentorium i sanatorium uzdrowiskowym.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) sposób wystawiania skierowania na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego,
 - 2) tryb potwierdzania skierowania na leczenie uzdrowiskowe oraz wzór tego skierowania

- uwzględniając konieczność weryfikacji celowości skierowania na leczenie uzdrowiskowe.

<Art. 33a.

- 1. Świadczeniobiorcy przysługują świadczenia pielęgnacyjne lub opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.**
 - 2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu oraz Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi w drodze rozporządzenia:**
 - 1) sposób i tryb kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,**
 - 2) dokumentację wymaganą przy kierowaniu osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, w tym wzory: wniosku o wydanie skierowania do zakładu, zaświadczenia lekarskiego oraz wywiadu pielęgniarskiego,**
 - 3) sposób ustalania odpłatności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych**
- uwzględniając konieczność ujednoczenia trybu kierowania do zakładów oraz możliwość weryfikacji celowości skierowania do zakładów.>**

[Art. 35.

Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu opieki zdrowotnej przeznaczonego dla osób potrzebujących całodobowych lub całodziennych świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.]

<Art.35.

Świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia.>

Art. 41.

[1. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:

- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej;*

- 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
2. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego - w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia - do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.]
- <1. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego, w tym lotniczego, do najbliższego podmiotu leczniczego, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej, udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem, w przypadkach:
- 1) konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
 - 2) wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia.
2. Świadczeniobiorcy, na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, przysługuje bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego – w przypadku dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia – do najbliższego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń we właściwym zakresie, i z powrotem.>
3. W przypadkach niewymienionych w ust. 1 i 2 na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorcy przysługuje przejazd środkami transportu sanitarnego odpłatnie lub za częściową odpłatnością.
4. (uchylony).

Art. 47a.

- [1. Świadczeniobiorca będący żywym dawcą narządu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411) ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzanych przez zakład opieki zdrowotnej, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat.
2. Zakład opieki zdrowotnej, który dokonał pobrania narządu, przekazuje niezwłocznie wyniki badań, o których mowa w ust. 1, do rejestru żywych dawców prowadzonego na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w ust. 1.]
- <1. Świadczeniobiorca będący żywym dawcą narządu w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411, z 2009 r. Nr 141, poz. 1149 oraz z 2010 r. Nr 182, poz. 1228) ma prawo do badań mających na celu monitorowanie jego stanu zdrowia przeprowadzanych przez podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu, co 12 miesięcy od dnia pobrania narządu, nie dłużej jednak niż przez 10 lat.
2. Podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu, przekazuje niezwłocznie wyniki badań, o których mowa w ust. 1, do rejestru żywych dawców prowadzonego na podstawie przepisów ustawy, o której mowa w ust. 1.>

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaj i zakres badań żywych dawców narządu wykonywanych w ramach monitorowania ich stanu zdrowia, mając na uwadze kontrolę ich stanu zdrowia związanego z oddaniem narządu.

Art. 97.

1. Fundusz zarządza środkami finansowymi, o których mowa w art. 116.
2. W zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
3. Do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:
 - 1) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie;
 - 2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3;
 - 3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;
 - 3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;
 - 3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 26;
 - 4) opracowywanie, wdrażanie, realizowanie i finansowanie programów zdrowotnych;
 - 5) wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych;
 - 6) monitorowanie ordynacji lekarskich;
 - 7) promocja zdrowia;
 - 8) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych;
 - 9) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.
- 3a. Do zadań Funduszu należy rozliczanie z instytucjami właściwymi lub instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub państwach członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA):
 - 1) kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a,
 - 2) kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonanych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z wyłączeniem kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego

- w stosunku do osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.
- 3b. Minister właściwy do spraw zdrowia, po ostatecznym rozliczeniu ze świadczeniodawcą świadczeń, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 4a, obciąża Fundusz kosztami tych świadczeń oraz przekazuje niezbędną dokumentację dotyczącą udzielonych świadczeń wraz z kopią dokumentu potwierdzającego prawo do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu.
- 3c. W przypadku rozliczania przez Fundusz kosztów medycznych czynności ratunkowych udzielonych osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji przez zespoły ratownictwa medycznego, Fundusz powiadamia właściwego wojewodę o należnościach przysługujących mu z tego tytułu. Środki zwrócone przez instytucję państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) Fundusz przekazuje na rachunek urzędu właściwego wojewody w terminie 14 dni od dnia zidentyfikowania podstawy zwrotu. Przepisu nie stosuje się do lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
4. Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu:
- 1) potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
 - 2) gromadzenia danych o ubezpieczonych w Funduszu;
 - 3) gromadzenia danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
 - 4) wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
 - 5) rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.
5. Fundusz nie wykonuje działalności gospodarczej.
- [6. Fundusz nie może być właścicielem zakładów opieki zdrowotnej ani nie może posiadać w jakiegokolwiek formie praw własności w stosunku do podmiotów prowadzących zakłady opieki zdrowotnej.*
- 7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4 i 6 w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 96 ust. 4.]*
- <6. Fundusz nie może być właścicielem podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.**
- 7. Zadania Funduszu określone w ust. 3 pkt 1, 2, 4 i 6 w odniesieniu do podmiotów leczniczych nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych realizuje komórka organizacyjna oddziału wojewódzkiego Funduszu, o której mowa w art. 96 ust. 4.>**
8. Fundusz otrzymuje dotację z budżetu państwa na sfinansowanie kosztów realizacji zadania, o którym mowa w ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b. Dotacja nie uwzględnia kosztów administracyjnych.
-

9. (uchylony).

Art. 112.

1. Pracownicy Funduszu nie mogą być jednocześnie:

- 1) świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;
- 2) właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;

[3) członkami organów lub pracownikami podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej;]

<3) członkami organów lub pracownikami podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;>

- 4) członkami organów lub pracownikami jednostek samorządu terytorialnego;
 - 5) członkami organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.);
 - 6) właścicielami akcji lub udziałów w spółkach handlowych prowadzących podmioty, o których mowa w pkt 2;
 - 7) właścicielami w spółkach handlowych więcej niż 10 % akcji lub udziałów przedstawiających więcej niż 10 % kapitału zakładowego - w każdej z tych spółek, w przypadku spółek innych niż określone w pkt 6;
 - 8) posłami, posłami do Parlamentu Europejskiego albo senatorami;
 - 9) członkami Rady Funduszu oraz rad oddziałów wojewódzkich Funduszu.
2. Pracownicy Funduszu nie mogą bez zgody Prezesa Funduszu:
- 1) podejmować zatrudnienia u innego pracodawcy;
 - 2) wykonywać działalności gospodarczej.

**<Dział VIa
Transport sanitarny**

Art. 161b.

1. Transport sanitarny wykonywany jest specjalistycznymi środkami transportu lądowego, wodnego i lotniczego.
2. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 1, muszą spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

Art. 161c.

1. Fundusz oraz podmiot leczniczy, zawierają umowy o wykonywanie transportu sanitarnego z podmiotami dysponującymi środkami transportu.
2. Do umów, o których mowa w ust. 1, zawieranych przez Fundusz stosuje się odpowiednio przepisy działu VI.

Art. 161d.

1. Działalność w zakresie lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest finansowana:
 - 1) z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w zakresie, o którym mowa w ust. 4;
 - 2) przez podmiot leczniczy, na zlecenie którego dokonuje się transportu, w zakresie, o którym mowa w ust. 5.
2. Do zadań lotniczego zespołu transportu sanitarnego należy wykonywanie transportu sanitarnego, w tym transportu, o którym mowa w art. 41 ust. 1.
3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu transportu sanitarnego do wykonywania transportu, o którym mowa w art. 41 ust. 1, w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 6.
4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest dokonywana, z zastrzeżeniem ust. 5, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, w szczególności:
 - 1) kosztów osobowych;
 - 2) kosztów eksploatacyjnych;
 - 3) kosztów administracyjno-gospodarczych;
 - 4) odpisu amortyzacyjnego, z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację.
5. Kosztów bezpośredniego użycia lotniczego zespołu transportu sanitarnego związanych z transportem sanitarnym nie wlicza się do kosztów działalności tego zespołu. Do kosztów tych zalicza się:
 - 1) koszt paliwa;
 - 2) koszt opłat trasowych i za lądowanie.
6. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem posiadającym lotnicze zespoły transportu sanitarnego.
7. W celu zawarcia umowy, o której mowa w ust. 6, przeprowadza się rokowania.
8. Rokowania przeprowadza komisja powoływana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
9. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania transportu sanitarnego.

Art. 161e.

1. Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w stosunku do wszystkich podmiotów wykonujących transport sanitarny, oraz wojewodzie, w stosunku do podmiotów wykonujących transport sanitarny, mających siedzibę na obszarze województwa, przysługuje prawo przeprowadzania czynności kontrolnych polegających na stwierdzeniu spełnienia przez specjalistyczne środki transportu sanitarnego wymagań, o których mowa w art. 161b ust. 1 i 2 .
2. Do przeprowadzania czynności kontrolnych, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy działu VI ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej.>

Art. 173.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może przeprowadzić w każdym czasie kontrolę:
 - 1) działalności i stanu majątkowego Funduszu, w celu sprawdzenia, czy działalność Funduszu jest zgodna z prawem, statutem Funduszu lub z interesem świadczeniobiorców;
 - 2) świadczeniodawców, w zakresie zgodności ich działalności z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub z interesem świadczeniobiorców;
 - 3) podmiotów, o których mowa w art. 163 ust. 1 pkt 3, w zakresie wywiązywania się z umowy zawartej z Funduszem;
 - 4) aptek, w zakresie refundacji leków.
 2. Przy przeprowadzaniu kontroli minister właściwy do spraw zdrowia może korzystać z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz podmiotów uprawnionych do kontroli jakości i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz. Przepisy art. 64 ust. 3 i 4 stosuje się odpowiednio.
 3. Minister właściwy do spraw zdrowia w upoważnieniu do przeprowadzenia kontroli określa przedmiot i zakres kontroli oraz wskazuje osobę upoważnioną do przeprowadzenia kontroli, zwaną dalej "kontrolerem".
 4. Jednostka kontrolowana obowiązana jest do przedkładania kontrolerowi żądanej dokumentacji oraz udzielania wszelkich informacji i pomocy niezbędnych w związku z prowadzoną kontrolą.
 - 4a. Kontrolerzy, w zakresie ustalonym w upoważnieniu ministra właściwego do spraw zdrowia, mają prawo do:
 - 1) wstępu do wszystkich pomieszczeń kontrolowanego podmiotu;
 - 2) swobodnego dostępu do:
 - a) oddzielnego pomieszczenia biurowego, przeznaczonego wyłącznie na potrzeby wykonywania zadań przez kontrolera,
 - b) środków łączności;
 - 3) wglądu do wszelkich dokumentów kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii, odpisów i wyciągów z tych dokumentów;
 - 4) wglądu do danych zawartych w systemie informatycznym kontrolowanego podmiotu oraz żądania sporządzenia kopii lub wyciągów z tych danych, w tym w formie elektronicznej;
 - 5) żądania wyjaśnień ustnych lub pisemnych od osób pozostających w stosunku pracy, zlecenia lub innym stosunku prawnym o podobnym charakterze z kontrolowanym podmiotem, w tym w formie elektronicznej;
 - 6) żądania przekazania niezbędnych danych lub sporządzenia zestawień danych, w tym w formie elektronicznej;
 - 7) zabezpieczenia dokumentów i innych dowodów.
 5. Kontroler nie może być jednocześnie:
 - 1) pracownikiem Funduszu;
 - 2) *właścicielem zakładu opieki zdrowotnej będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;*
-

<2) właścicielem świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt 41 lit. a, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;>

3) świadczeniodawcą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

4) pracownikiem świadczeniodawcy, o którym mowa w pkt 3;

5) osobą współpracującą ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 3;

[6) członkiem organów lub pracownikiem podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej;]

<6) członkiem organów lub pracownikiem podmiotu tworzącego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;>

7) członkiem organów zakładu ubezpieczeń prowadzącego działalność ubezpieczeniową na podstawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

6. Kontroler podlega wyłączeniu od udziału w kontroli z mocy ustawy, jeżeli:

1) pozostaje z jednostką kontrolowaną w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że wynik kontroli może mieć wpływ na jego prawa lub obowiązki;

2) kontrola dotyczy jego małżonka lub krewnych i powinowatych do drugiego stopnia;

3) kontrola dotyczy osoby związanej z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.

7. Powody wyłączenia, o których mowa w ust. 6, trwają także po ustaniu uzasadniającego je małżeństwa, przysposobienia, opieki i kurateli.

8. Niezależnie od przyczyn wymienionych w ust. 6 minister właściwy do spraw zdrowia wyłącza kontrolera na jego żądanie lub na wniosek jednostki kontrolowanej, jeżeli między nim a jednostką kontrolowaną zachodzi stosunek osobisty tego rodzaju, że mógłby wywołać wątpliwości co do bezstronności kontrolera.

9. Wyłączony kontroler powinien podejmować tylko czynności niecierpiące zwłoki ze względu na interes społeczny lub ważny interes jednostki kontrolowanej.

10. (uchylony).

[Art. 185.

Minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej, o nieprawidłowościach stwierdzonych u świadczeniodawcy oraz wydanych decyzjach mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności podmiotu, którego dotyczy decyzja, do przepisów prawa.]

<Art.185.

Minister właściwy do spraw zdrowia powiadamia podmiot tworzący o nieprawidłowościach stwierdzonych u świadczeniodawcy oraz wydanych decyzjach mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i dostosowanie działalności podmiotu, którego dotyczy decyzja, do przepisów prawa.>

USTAWA z dnia 17 lutego 2005 r. O INFORMATYZACJI DZIAŁALNOŚCI PODMIOTÓW REALIZUJĄCYCH ZADANIA PUBLICZNE (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.)

Art. 2.

1. Z zastrzeżeniem ust. 2-4, przepisy ustawy stosuje się do realizujących zadania publiczne określone przez ustawy:
 - 1) organów administracji rządowej, organów kontroli państwowej i ochrony prawa, sądów, jednostek organizacyjnych prokuratury, a także jednostek samorządu terytorialnego i ich organów,
 - 2) jednostek budżetowych i samorządowych zakładów budżetowych,
 - 3) funduszy celowych,
 - [4) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,]*
 - <4) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz spółek wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,>**
 - 5) Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego,
 - 6) Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 7) państwowych lub samorządowych osób prawnych utworzonych na podstawie odrębnych ustaw w celu realizacji zadań publicznych- zwanych dalej "podmiotami publicznymi".
2. Przepis art. 13 ust. 2 pkt 1 stosuje się również do podmiotu, któremu podmiot publiczny powierzył lub zlecił realizację zadania publicznego, jeżeli w związku z realizacją tego zadania istnieje obowiązek przekazywania informacji do lub od podmiotów niebędących organami administracji rządowej.
3. Przepisów ustawy nie stosuje się do przedsiębiorstw państwowych, spółek handlowych, służb specjalnych w rozumieniu art. 11 ustawy z dnia 24 maja 2002 r. o Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego oraz Agencji Wywiadu (Dz. U. z 2010 r. Nr 29, poz. 154), Kancelarii Sejmu, Kancelarii Senatu, Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej oraz Narodowego Banku Polskiego, poza przypadkami gdy w związku z realizacją zadań przez te podmioty istnieje obowiązek przekazywania informacji do i od podmiotów niebędących organami administracji rządowej; w takich przypadkach stosuje się art. 13 ust. 2 pkt 1 niniejszej ustawy.
4. Przepisów rozdziału 4 nie stosuje się do jednostek badawczo-rozwojowych, uczelni publicznych, Polskiej Akademii Nauk i tworzonych przez nią jednostek organizacyjnych. Rzecznika Praw Obywatelskich, Trybunału Konstytucyjnego, Sądu Najwyższego, sądów administracyjnych, Najwyższej Izby Kontroli, Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji, Krajowego Biura Wyborczego, Instytutu Pamięci Narodowej - Komisji Ścigania Zbrodni przeciwko Narodowi Polskiemu, Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, Komisji Nadzoru Finansowego oraz Generalnego Inspektora Informacji Finansowej.

USTAWA z dnia 21 kwietnia 2005 r. O OPŁATACH ABONAMENTOWYCH (Dz. U. Nr 85, poz. 728 i Nr 157, poz. 1314 oraz z 2010 r. Nr 13, poz. 70 i Nr 152, poz. 1023)

Art. 2.

1. Za używanie odbiorników radiofonicznych oraz telewizyjnych pobiera się opłaty abonamentowe.
2. Domniemywa się, że osoba, która posiada odbiornik radiofoniczny lub telewizyjny w stanie umożliwiającym natychmiastowy odbiór programu, używa tego odbiornika.
3. Obowiązek uiszczania opłaty abonamentowej powstaje z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano rejestracji odbiornika radiofonicznego lub telewizyjnego.
4. Opłatę abonamentową uiszcza się za każdy odbiornik radiofoniczny i telewizyjny, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Niezależnie od liczby odbiorników radiofonicznych i telewizyjnych używanych przez:
 - 1) osoby fizyczne w tym samym gospodarstwie domowym lub w samochodzie stanowiącym ich własność,
 - [2) publiczne zakłady opieki zdrowotnej, sanatoria, żłobki, publiczne i niepubliczne jednostki organizacyjne systemu oświaty, państwowe i niepaństwowe szkoły wyższe, a także domy pomocy społecznej - w tym samym budynku, zespole budynków lub w samochodach będących w używaniu tych instytucji]*
 - <2) podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sanatoria, żłobki, publiczne i niepubliczne jednostki organizacyjne systemu oświaty, publiczne i niepubliczne uczelnie, a także domy pomocy społecznej – w tym samym budynku, zespole budynków lub w samochodach będących w używaniu tych instytucji;>**
- uiszcza się tylko jedną z opłat, o której mowa w art. 3 ust. 1.
6. Gospodarstwem domowym, w rozumieniu przepisów niniejszej ustawy, jest zespół osób mieszkających i utrzymujących się wspólnie albo jedna osoba utrzymująca się samodzielnie.
7. Odbiornikiem radiofonicznym albo telewizyjnym, w rozumieniu przepisów niniejszej ustawy, jest urządzenie techniczne dostosowane do odbioru programu.

USTAWA z dnia 1 lipca 2005 r. O POBIERANIU, PRZECHOWYWANIU I PRZESZCZEPIANIU KOMÓREK, TKANEK I NARZĄDÓW (Dz. U. Nr 169, poz. 1411, z 2009 r. Nr 141, poz. 1149, z 2010 r. Nr 182, poz. 1228)

Art. 2.

1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:
 - 1) bank tkanek i komórek - jednostkę organizacyjną prowadzącą działalność w zakresie gromadzenia, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji tkanek i

komórek. Jednostka tego rodzaju może również pobierać lub testować tkanki i komórki;

- 2) dawca - żywego dawcę albo zwłoki ludzkie, od których pobiera się komórki, tkanki lub narządy;
- 3) dawstwo - przekazywanie komórek, tkanek lub narządów ludzkich przeznaczonych do zastosowania u ludzi;
- 4) dystrybucja - transport i dostarczenie komórek, tkanek lub narządów przeznaczonych do zastosowania u ludzi;
- 5) istotne zdarzenie niepożądane - nieprzewidziane zdarzenie związane z pobraniem, przetwarzaniem, testowaniem, przechowywaniem, dystrybucją i przeszczepianiem komórek, tkanek lub narządów prowadzące do przeniesienia się choroby zakaźnej, zagrożenia życia albo do śmierci, powodujące uszkodzenie ciała, pogarszające stan zdrowia lub mogące powodować potrzebę leczenia w szpitalu albo wydłużenie takiego leczenia;
- 6) istotna niepożądana reakcja - nieprzewidzianą reakcję organizmu dawcy lub biorcy związaną z pobieraniem lub zastosowaniem u ludzi komórek, tkanek lub narządów, powodującą zagrożenie życia albo śmierć, uszkodzenie ciała, pogorszenie stanu zdrowia człowieka lub mogącą powodować leczenie w szpitalu lub wydłużenie takiego leczenia lub przeniesienie choroby zakaźnej;
- 7) komórka - najmniejszą strukturę morfologiczną i czynnościową organizmu zdolną do podstawowych czynności życiowych, występującą pojedynczo lub grupowo, niepowiązaną ze sobą tkanką łączną;
- 8) konserwowanie - użycie czynników chemicznych, zmiany czynników środowiskowych lub innych czynników, podczas przetwarzania w celu zapobieżenia lub opóźnienia biologicznej lub fizycznej degradacji komórek, tkanek lub narządów;

[8a) koordynacja pobrania i przeszczepienia - uzgodnienia dotyczące czasu, miejsca, sposobu pobrania, nadzoru nad przebiegiem tego procesu, sposobu przekazania i transportu oraz przyjęcia komórek, tkanek lub narządu w zakładzie opieki zdrowotnej lub banku tkanek i komórek oraz ich dostarczenia do biorcy, przez uprawnionego pracownika;]

<8a) koordynacja pobrania i przeszczepienia – uzgodnienia dotyczące czasu, miejsca, sposobu pobrania, nadzoru nad przebiegiem tego procesu, sposobu przekazania i transportu oraz przyjęcia komórek, tkanek lub narządu w podmiocie leczniczym w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej lub banku tkanek i komórek oraz ich dostarczenia do biorcy, przez uprawnionego pracownika;>

- 8b) koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów - uprawnionego i przeszkolonego pracownika organizującego koordynację pobrania i przeszczepienia;
- 8c) kryteria akceptacji - limity ilościowe i jakościowe, zakresy lub inne odpowiednie pomiary pozwalające na zaakceptowanie wyników badań;
- 8d) krytyczny moment - etap procesu, warunki procesu, wymagane badania lub inne istotne parametry lub elementy mające potencjalny wpływ na jakość i bezpieczeństwo bądź materiały mające bezpośrednio kontakt z komórkami, tkankami

- lub narządem, które muszą być kontrolowane w oparciu o wyznaczone kryteria akceptacji;
- 9) narząd - wyodrębnioną i istotną część ludzkiego ciała, zbudowaną z różnych tkanek, zdolną do utrzymywania swojej struktury, ukrwienia i możliwości pełnienia autonomicznych funkcji fizjologicznych;
 - 10) pobieranie - czynności, w wyniku których komórki, tkanki lub narządy są pozyskiwane w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych lub dydaktycznych;
 - 11) przechowywanie - utrzymywanie komórek, tkanek lub narządów we właściwie kontrolowanych warunkach do chwili ich dystrybucji i zastosowania u ludzi;
 - 12) przetwarzanie - wszelkie czynności związane z przygotowaniem, transportowaniem, konserwowaniem i pakowaniem komórek, tkanek lub narządów przeznaczonych do stosowania u ludzi;
 - 12a) standardowe procedury operacyjne - pisemne instrukcje opisujące przebieg określonych procesów wraz z charakterystyką wykorzystywanych materiałów i metod oraz oczekiwane wyniki tych procesów;
 - 13) sterylizacja - zastosowanie odczynników chemicznych, czynników biologicznych i czynników fizycznych, mające na celu unieszkodliwienie patogenów w komórkach i tkankach;
 - 13a) system zapewnienia jakości - strukturę organizacyjną, procedury, procesy i zasoby wpływające w sposób pośredni lub bezpośredni na osiągnięcie i utrzymanie wysokiej jakości;
 - 14) testowanie - czynności polegające na przeprowadzeniu badań mających na celu określenie przydatności komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia u ludzi;
 - 15) tkanka - zespół komórek o wyspecjalizowanych funkcjach powiązanych ze sobą substancją międzykomórkową;
 - 15a) walidacja procesu - udokumentowane działanie mające na celu wykazanie, że proces prowadzony w ustalonym zakresie parametrów przebiega skutecznie i w sposób powtarzalny oraz spełnia ustalone kryteria akceptacji;
 - 16) zastosowanie u ludzi - zastosowanie komórek, tkanek lub narządów dla ludzkiego biorcy oraz zastosowanie pozaustrojowe;
 - 17) żywy dawca - osobę, od której pobierane są komórki, tkanki lub narząd.
2. Ilekroć w ustawie jest mowa o państwach członkowskich Unii Europejskiej rozumie się przez to również państwa członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strony umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym.

Art. 3.

1. Za pobrane od dawcy komórki, tkanki lub narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty, innej korzyści majątkowej lub korzyści osobistej.
2. Zwrot kosztów pobrania, przechowywania, przetwarzania, sterylizacji, dystrybucji i przeszczepiania komórek, tkanek lub narządów pobranych od dawcy nie jest zapłatą i nie stanowi korzyści majątkowej lub osobistej w rozumieniu ust. 1.
3. Do kosztów pobrania komórek, tkanek i narządów zalicza się koszty:

- 1) koordynacji pobrania;
 - 2) badań i wydania na ich podstawie opinii lekarskich;
 - 3) identyfikacji potencjalnego dawcy;
 - 4) kwalifikacji potencjalnego dawcy;
 - 5) komisyjnego stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu w sposób określony w art. 9 ust. 4;
 - 6) hospitalizacji potencjalnego dawcy, od stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu do pobrania narządu, wraz z czynnościami polegającymi na podtrzymywaniu czynności narządów;
 - 7) badań laboratoryjnych przed pobraniem komórek, tkanek lub narządów;
 - 8) badań kwalifikujących narządy do przeszczepienia, po pobraniu od dawcy;
 - 9) zabiegu pobrania komórek lub tkanek;
 - 10) badań kwalifikujących komórki lub tkanki do przeszczepienia, po pobraniu od dawcy;
 - 11) [*zabiegu pobrania narządów z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez zakład opieki zdrowotnej, w którym:*] **<zabiegu pobrania narządów z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez podmiot leczniczy, w którym:>**
 - a) pobrano narząd lub narządy,
 - b) przeszczepiono pobrany narząd lub narządy.
4. Do kosztów pobrania szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej, poza kosztami określonymi w ust. 3 pkt 1-4, 7 i 9, zalicza się koszty:
- [1] *transportu potencjalnego dawcy do zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma być dokonane pobranie szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej oraz potencjalnego dawcy albo dawcy z tego zakładu opieki zdrowotnej;*
 - 2) *pobytu dawcy w zakładzie opieki zdrowotnej związanego z pobraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;*
 - <1) transportu potencjalnego dawcy do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane pobranie szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej oraz potencjalnego dawcy albo dawcy z tego podmiotu leczniczego;**
 - 2) pobytu dawcy w podmiocie leczniczym związanego z pobraniem szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;>**
 - 3) przechowywania i przetworzenia szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej;
 - [4] *transportu pobranego i przetworzonego szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej do zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma być dokonane przeszczepienie;*
 - <4) transportu pobranego i przetworzonego szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie;>**
 - 5) ponoszone przez ośrodek dawców szpiku w związku z udostępnianiem szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej.

5. Do kosztów pobrania komórek lub tkanek ze zwłok ludzkich, poza kosztami określonymi w ust. 3 pkt 1-4, 7, 9 i 10, zalicza się koszty:

[1) transportu komórek lub tkanek z zakładu opieki zdrowotnej, zakładu medycyny sądowej, zakładu anatomii patologicznej uczelni medycznej i uniwersytetu z wydziałem medycznym, medycznej jednostki badawczo-rozwojowej i zakładu pogrzebowego posiadającego salę sekcijną do banku tkanek i komórek;]

<1) transportu komórek lub tkanek z podmiotu leczniczego, zakładu medycyny sądowej, zakładu anatomii patologicznej uczelni medycznej i uniwersytetu z wydziałem medycznym, instytutu badawczego, o którym mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. Nr 96, poz. 618), i zakładu pogrzebowego posiadającego salę sekcijną do banku tkanek i komórek;>

2) osobowe, rzeczowe, materiałowe i organizacyjne niezbędne do pobrania komórek lub tkanek;

3) testowania, przetwarzania, konserwowania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji komórek lub tkanek.

6. Do kosztów pobrania od żywego dawcy regenerujących się komórek lub tkanek, innych niż szpik, komórki krwiotwórcze krwi obwodowej i krwi pępowinowej, poza kosztami określonymi w ust. 3 pkt 1-4, 7 i 9, zalicza się koszty:

[1) transportu potencjalnego dawcy do zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma być dokonane pobranie, lub do zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma być dokonane przeszczepienie oraz potencjalnego dawcy albo dawcy z tych zakładów opieki zdrowotnej;

2) pobytu potencjalnego dawcy w zakładzie opieki zdrowotnej związane z pobraniem;]

<1) transportu potencjalnego dawcy do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane pobranie, lub do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie oraz potencjalnego dawcy albo dawcy z tych podmiotów;

2) pobytu potencjalnego dawcy w podmiocie leczniczym związane z pobraniem;>

3) przechowywania i przetworzenia pobranych komórek lub tkanek;

[4) transportu z zakładu opieki zdrowotnej pobranych komórek lub tkanek do banku tkanek i komórek;]

<4) transportu z podmiotu leczniczego pobranych komórek lub tkanek do banku tkanek i komórek;>

5) hodowania pobranych komórek lub tkanek;

[6) transportu pobranych komórek lub tkanek do zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma być dokonane przeszczepienie.]

<6) transportu pobranych komórek lub tkanek do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie;>

7. Do kosztów pobrania narządu od żywego dawcy, poza kosztami określonymi w ust. 3 pkt 1-4, 7 i 11, zalicza się koszty:

[1) transportu żywego potencjalnego dawcy do zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma być dokonane pobranie lub do zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma być dokonane przeszczepienie oraz żywego potencjalnego dawcy albo żywego dawcy z tych zakładów opieki zdrowotnej;]

- <1) transportu żywego potencjalnego dawcy do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane pobranie lub do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie oraz żywego potencjalnego dawcy albo żywego dawcy z tych podmiotów;>
- 2) przygotowania żywego potencjalnego dawcy do pobrania;
- [3) transportu pobranego narządu do zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma być dokonane przeszczepienie;]
- <3) transportu pobranego narządu do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie;>
- 4) leczenia żywego dawcy po zabiegu pobrania narządu.
8. Do kosztów przeszczepienia narządów, szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej zalicza się koszty:
- 1) koordynacji przeszczepienia;
- [2) transportu potencjalnego biorcy do zakładu opieki zdrowotnej, w którym ma być dokonane przeszczepienie;]
- <2) transportu potencjalnego biorcy do podmiotu leczniczego, w którym ma być dokonane przeszczepienie;>
- 3) identyfikacji i kwalifikacji potencjalnego biorcy do przeszczepienia;
- 4) wykonania zabiegu przeszczepienia;
- 5) leczenia po zabiegu przeszczepienia, przez okres ustalony w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- [9. Zwrotu kosztów określonych w ust. 3 pkt 6, 7 i 11 lit. a, dokonuje Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant" albo Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zwrotu kosztów dokonuje się na podstawie faktury wystawionej przez zakład opieki zdrowotnej, który dokonał pobrania narządu.
10. Zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 3 pkt 8 i 11 lit. b, dokonuje zakład opieki zdrowotnej, któremu dostarczono w celu przeszczepienia narząd, na podstawie faktury wystawionej przez zakład opieki zdrowotnej, który dokonał pobrania narządu.]
- <9. Zwrotu kosztów określonych w ust. 3 pkt 6, 7 i 11 lit. a, dokonuje Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” albo Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zwrotu kosztów dokonuje się na podstawie faktury wystawionej przez podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu.
10. Zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 3 pkt 8 i 11 lit. b, dokonuje podmiot leczniczy, któremu dostarczono w celu przeszczepienia narząd, na podstawie faktury wystawionej przez podmiot leczniczy, który dokonał pobrania narządu.>
11. Zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 3 pkt 9 oraz w ust. 5 i 6, dokonuje bank tkanek i komórek na podstawie faktury wystawionej przez podmiot, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1 lub 3, który dokonał pobrania komórek lub tkanek.
12. [Zwrotu zakładowi opieki zdrowotnej kosztów określonych w:] <Zwrotu podmiotowi leczniczemu kosztów określonych w:>

- 1) ust. 3 pkt 1-5 - dokonuje Narodowy Fundusz Zdrowia,
 - 2) ust. 4, 7 i 8 - dokonuje Narodowy Fundusz Zdrowia albo minister właściwy do spraw zdrowia
- w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
13. Koszty, o których mowa w ust. 3 pkt 10, są kosztami działalności banku tkanek i komórek.
 14. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy sposób ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów, uwzględniając procedury związane z wykonywaniem tych czynności.

Art. 9.

1. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu).
2. Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalają powołani przez ministra właściwego do spraw zdrowia specjaliści odpowiednich dziedzin medycyny przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.
4. Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu stwierdza jednomyślnie, na podstawie kryteriów, o których mowa w ust. 3, komisja złożona z trzech lekarzy, posiadających specjalizację, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.

[5. Komisję, o której mowa w ust. 4, powołuje i wyznacza jej przewodniczącego kierownik zakładu opieki zdrowotnej lub osoba przez niego upoważniona.]

<5. Komisję, o której mowa w ust. 4, powołuje i wyznacza jej przewodniczącego kierownik podmiotu leczniczego lub osoba przez niego upoważniona.>

6. Lekarze wchodzący w skład komisji, o której mowa w ust. 4, nie mogą brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której dana komisja stwierdziła trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu.

Art. 15.

1. W celu należytego monitorowania i oceny stanu zdrowia żywych dawców, od których pobrano narząd do przeszczepienia, tworzy się centralny rejestr żywych dawców narządów, zwany dalej "rejestrem żywych dawców".
2. W rejestrze żywych dawców zamieszcza się następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko żywego dawcy;
 - 2) datę i miejsce urodzenia żywego dawcy;
 - 3) adres miejsca zamieszkania żywego dawcy;
 - 4) numer PESEL żywego dawcy, jeżeli posiada;

5) datę i miejsce pobrania;

6) narząd, który uległ pobraniu;

[7) nazwę i adres zakładu opieki zdrowotnej, w którym dokonano pobrania;]

<7) nazwę i adres podmiotu leczniczego, w którym dokonano pobrania;>

8) imię i nazwisko lekarza, który dokonał pobrania;

9) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

[3. Dane, o których mowa w ust. 2, zakład opieki zdrowotnej, w którym dokonano pobrania, przekazuje niezwłocznie do rejestru żywych dawców.]

<3. Dane, o których mowa w ust. 2, podmiot leczniczy, w którym dokonano pobrania, przekazuje niezwłocznie do rejestru żywych dawców.>

4. Dane, o których mowa w ust. 2, udostępnia się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Krajowej Radzie Transplantacyjnej.

5. Rejestr żywych dawców prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant".

Art. 16.

1. W celu umożliwienia dokonania przeszczepień szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej od dawców niespokrewnionych tworzy się centralny rejestr niespokrewnionych potencjalnych dawców szpiku i krwi pępowinowej, zwany dalej "rejestrem szpiku i krwi pępowinowej".

1a. Rejestr szpiku i krwi pępowinowej jest bazą danych o potencjalnych dawcach allogenicznego szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej.

2. Rejestr szpiku i krwi pępowinowej składa się z dwóch części:

1) rejestru potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;

2) rejestru krwi pępowinowej.

3. W rejestrze, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, zamieszcza się następujące dane potencjalnego dawcy szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej:

1) imię i nazwisko;

2) datę i miejsce urodzenia;

3) adres miejsca zamieszkania;

4) numer PESEL, jeżeli posiada;

5) informacje o antygenach zgodności tkankowej;

6) wskazanie podmiotu, który dokonał badania antygenów zgodności tkankowej;

7) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

4. W rejestrze, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, zamieszcza się następujące dane:

1) oznaczenie pobranej próbki krwi pępowinowej;

2) datę i miejsce pobrania;

3) informacje o antygenach zgodności tkankowej;

4) wskazanie banku tkanek i komórek, w którym próbka jest przechowywana;

5) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.

[5. Dane, o których mowa w ust. 3 i 4, zakłady opieki zdrowotnej i fundacje, o których mowa w art. 16a ust. 1, lub banki tkanek i komórek przekazują niezwłocznie do rejestru szpiku i krwi pępowinowej.]

<5. Dane, o których mowa w ust. 3 i 4, podmioty lecznicze i fundacje, o których mowa w art. 16a ust. 1, lub banki tkanek i komórek przekazują niezwłocznie do rejestru szpiku i krwi pępowinowej.>

6. Dane, o których mowa w ust. 3 i 4, udostępnia się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Krajowej Radzie Transplantacyjnej.
7. Rejestr szpiku i krwi pępowinowej prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant".
8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób prowadzenia rejestru, o którym mowa w ust. 1, uwzględniając konieczność oceny wyników przeszczepienia oraz możliwość prowadzenia rejestru w formie elektronicznej.

Art. 16a.

[1. Czynności polegające na pozyskiwaniu potencjalnych dawców allogenicznego szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej mogą wykonywać zakłady opieki zdrowotnej albo fundacje, zwane dalej "ośrodkami dawców szpiku", po uzyskaniu pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia.]

<1. Czynności polegające na pozyskiwaniu potencjalnych dawców allogenicznego szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej mogą wykonywać podmioty lecznicze albo fundacje, zwane dalej „ośrodkami dawców szpiku”, po uzyskaniu pozwolenia ministra właściwego do spraw zdrowia.>

2. Do zadań ośrodka dawców szpiku należy w szczególności:

- 1) pozyskiwanie potencjalnych dawców allogenicznego szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 2) badanie antygenów zgodności tkankowej lub zlecenie tego badania właściwym podmiotom;
- 3) przechowywanie danych, o których mowa w ust. 8, i ich aktualizacja z uwzględnieniem możliwości ich przechowywania w formie elektronicznej;
- 4) organizowanie opieki nad dawcami szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej;
- 5) niezwłoczne przekazywanie danych o pozyskanych potencjalnych dawcach szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej do rejestru szpiku i krwi pępowinowej;
- 6) udostępnianie szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej krajowym lub zagranicznym ośrodkom przeszczepiającym szpik i komórki krwiotwórcze krwi obwodowej;
- 7) współpraca z innymi ośrodkami dawców szpiku i ośrodkami przeszczepiającymi szpik i komórki krwiotwórcze krwi obwodowej.

3. Merytoryczny nadzór nad działalnością ośrodków dawców szpiku sprawuje krajowy konsultant w dziedzinie hematologii w porozumieniu z krajowym konsultantem w dziedzinie immunologii klinicznej.

4. Zadania, o których mowa w ust. 2, wykonują osoby, które posiadają wykształcenie medyczne, biologiczne lub biotechnologiczne i odbyły szkolenie, o którym mowa w art. 40a ust. 1.
5. Zadanie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, finansuje się również ze środków Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant", na podstawie umowy.
6. Ośrodek dawców szpiku zawiera pisemną umowę w zakresie badań lekarskich i antygenów zgodności tkankowej, których sam nie wykonuje, z podmiotem, którego działalność wpływa na jakość i bezpieczeństwo szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej. Przepisy art. 31 ust. 2 i 3 stosuje się odpowiednio.
- [7. Ośrodek dawców szpiku zawiera pisemną umowę na pobieranie od potencjalnych dawców szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej z zakładem opieki zdrowotnej posiadającym pozwolenie na wykonywanie tych czynności.]*
- <7. Ośrodek dawców szpiku zawiera pisemną umowę na pobieranie od potencjalnych dawców szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej z podmiotem leczniczym posiadającym pozwolenie na wykonywanie tych czynności.>**
8. Ośrodek dawców szpiku w zakresie wykonywania zadania, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, gromadzi dane potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, które obejmują:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) datę i miejsce urodzenia;
 - 3) adres miejsca zamieszkania;
 - 4) numer PESEL, jeżeli posiada;
 - 5) informacje o antygenach zgodności tkankowej;
 - 6) wskazanie podmiotu, który dokonał badania antygenów zgodności tkankowej;
 - 7) inne informacje medyczne o istotnym znaczeniu.
9. Ośrodek dawców szpiku przechowuje dokumentację potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej przez co najmniej 30 lat od dnia założenia dokumentacji potencjalnego dawcy szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej, w sposób umożliwiający identyfikację potencjalnego dawcy szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) sposób organizacji ośrodka dawców szpiku,
 - 2) sposób pozyskiwania i badania potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
 - 3) tryb badania antygenów zgodności tkankowej lub zlecenia tego badania właściwym podmiotom,
 - 4) sposób postępowania z dokumentacją potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
 - 5) tryb udostępniania szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
 - 6) warunki transportu próbek do badań potencjalnych dawców szpiku i komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,

- 7) sposób i warunki organizowania opieki nad dawcami szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej,
 - 8) tryb przekazywania danych, o których mowa w ust. 8, do rejestru szpiku i krwi pępowinowej,
 - 9) standardowe procedury operacyjne obowiązujące w ośrodku dawców szpiku
- uwzględniając w szczególności prawidłową realizację zadań, o których mowa w ust. 2, oraz zapewnienie bezpieczeństwa dawców i biorców.

Art. 16c.

[1. W zakładach opieki zdrowotnej dokonujących przeszczepień narządów lub szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej mogą działać ośrodki kwalifikujące do przeszczepienia, zwane dalej "ośrodkami kwalifikującymi".]

<1. W podmiotach leczniczych dokonujących przeszczepień narządów lub szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej mogą działać ośrodki kwalifikujące do przeszczepienia, zwane dalej „ośrodkami kwalifikującymi”.>

2. Do zadań ośrodka kwalifikującego należy w szczególności:

[1) rejestracja potencjalnych biorców zgłoszonych przez zakłady opieki zdrowotnej inne niż zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, lub stacje dializ;]

<1) rejestracja potencjalnych biorców zgłoszonych przez podmioty lecznicze inne niż podmioty lecznicze, o których mowa w ust. 1, lub stacje dializ;>

2) potwierdzanie zgłoszenia potencjalnego biorcy;

3) gromadzenie danych, o których mowa w art. 17 ust. 3.

[3. W ośrodku kwalifikującym, kierownik zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, wyznacza zespół złożony z lekarzy odpowiedzialnych za kwalifikację potencjalnych biorców do przeszczepienia, zwany dalej "zespołem".]

<3. W ośrodku kwalifikującym, kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, wyznacza zespół złożony z lekarzy odpowiedzialnych za kwalifikację potencjalnych biorców do przeszczepienia, zwany dalej „zespołem”.>

4. W skład zespołu wchodzi co najmniej:

1) jeden lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej;

2) jeden lekarz specjalista z dziedziny chirurgii albo chirurgii dziecięcej albo hematologii albo chirurgii naczyń albo kardiologii albo onkologii klinicznej albo onkologii i hematologii dziecięcej albo urologii.

5. Do składu zespołu mogą być ponadto powoływani inni lekarze specjaliści, jak również przedstawiciele innych dziedzin nauki.

[6. Pracami zespołu kieruje wyznaczony przez kierownika zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1, lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej.]

<6. Pracami zespołu kieruje wyznaczony przez kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, lekarz specjalista z dziedziny transplantologii klinicznej.>

7. Do zadań zespołu należy:

[1) ocena potencjalnych biorców zakwalifikowanych wstępnie przez zakłady opieki zdrowotnej inne niż zakłady opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, lub stacje dializ;]

<1) ocena potencjalnych biorców zakwalifikowanych wstępnie przez podmioty lecznicze inne niż podmioty lecznicze, o których mowa w ust. 1, lub stacje dializ;>

2) kwalifikowanie potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia;

3) przeprowadzanie konsultacji specjalistycznych u potencjalnych biorców w przypadkach wymagających dodatkowych badań lub ich weryfikacji;

4) zlecenie wykonywania specjalistycznych badań kwalifikacyjnych, w szczególności:

a) typowania tkankowego,

b) poziomu przeciwciał,

c) konsultacji specjalistycznych i instrumentalnych badań.

8. Zadania, o których mowa w ust. 2, ust. 7 pkt 1-3 i pkt 4 lit. c, finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a zadania, o których mowa w ust. 7 pkt 4 lit. a i b - Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant" na podstawie umowy.

9. Merytoryczny nadzór nad działalnością ośrodków kwalifikujących potencjalnych biorców narządów sprawuje krajowy konsultant w dziedzinie transplantologii klinicznej, a ośrodków kwalifikujących potencjalnych biorców szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej - krajowy konsultant w dziedzinie hematologii.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób działania ośrodków kwalifikujących oraz sposób kwalifikacji potencjalnego biorecy, z uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego potencjalnych biorców i prawidłowości wykonania zadań, o których mowa w ust. 2.

Art. 18.

1. W celu należytego monitorowania dokonywanych przeszczepień komórek, tkanek i narządów tworzy się krajowy rejestr przeszczepień, zwany dalej "rejestrem przeszczepień".

2. W rejestrze przeszczepień zamieszcza się następujące dane:

1) imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania biorcy przeszczepu;

2) datę i miejsce urodzenia biorcy przeszczepu;

3) numer PESEL biorcy przeszczepu, jeżeli posiada;

4) datę przeszczepienia;

5) rodzaj przeszczepionych komórek, tkanek lub narządów;

[6) nazwę i adres zakładu opieki zdrowotnej, w którym dokonano przeszczepienia;]

<6) firmę i adres podmiotu leczniczego, w którym dokonano przeszczepienia;>

7) informacje dotyczące przeżycia biorcy oraz przeszczepu w okresie 3 i 12 miesięcy, po przeszczepieniu, a następnie w odstępach co 12 miesięcy, aż do utraty przeszczepu lub zgonu biorcy przeszczepu.

[3. Dane, o których mowa w ust. 2, przekazuje zakład opieki zdrowotnej, który sprawuje aktualnie opiekę nad biorcą przeszczepu.]

<3. Dane, o których mowa w ust. 2, przekazuje podmiot leczniczy, który sprawuje aktualnie opiekę nad biorcą przeszczepu.>

4. Dane, o których mowa w ust. 2, udostępnia się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Krajowej Radzie Transplantacyjnej.
5. Rejestr przeszczepień prowadzi Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant".
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób prowadzenia rejestru, o którym mowa w ust. 1, uwzględniając konieczność oceny wyników przeszczepienia oraz możliwość prowadzenia rejestru w formie elektronicznej.

Art. 19.

[1. Dane osobowe dotyczące potencjalnego dawcy, dawcy, potencjalnego biorcy i biorcy są objęte tajemnicą i podlegają ochronie przewidzianej w przepisach o tajemnicy prawnie chronionej oraz w przepisach dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej.]

<1. Dane osobowe dotyczące potencjalnego dawcy, dawcy, potencjalnego biorcy i biorcy są objęte tajemnicą i podlegają ochronie przewidzianej w przepisach o tajemnicy zawodowej i służbowej oraz w przepisach dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej przez podmioty lecznicze.>

2. Jeżeli narząd ma być pobrany od żywego dawcy, przepis ust. 1 nie dotyczy ujawnienia danych osobowych o dawcy i o biorcy odpowiednio tym osobom.

Art. 22.

1. Dawcy szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek przysługuje tytuł Dawca Przeszczepu.

[2. Odznakę i legitymację potwierdzającą posiadanie tytułu Dawca Przeszczepu wydaje zakład opieki zdrowotnej, który pobrał szpik lub inne regenerujące się komórki lub tkanki.]

<2. Odznakę i legitymację potwierdzającą posiadanie tytułu Dawca Przeszczepu wydaje podmiot leczniczy, który pobrał szpik lub inne regenerujące się komórki lub tkanki.>

3. Dawcy Przeszczepu, który oddał szpik lub inne regenerujące się komórki i tkanki więcej niż raz oraz dawcy narządu, przysługuje tytuł Zasłużony Dawca Przeszczepu.
4. Odznakę i legitymację, potwierdzającą posiadanie tytułu Zasłużonego Dawcy Przeszczepu, wydaje minister właściwy do spraw zdrowia na wniosek Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant".
5. Wydatki związane z wydaniem legitymacji i odznak, o których mowa w ust. 2 i 4, są pokrywane z budżetu państwa, z części której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory legitymacji i odznaki oraz sposób i tryb nadawania odznaki "Dawca Przeszczepu" i "Zasłużony

Dawca Przeszczepu" wraz ze sposobem dokumentowania ilości pobrań dla celów nadania tej odznaki, uwzględniając dane gromadzone przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant" oraz propagowanie dawstwa tkanek, komórek i narządów.

Art. 36.

[1. Postępowanie dotyczące komórek, tkanek i narządów polegające na:

- 1) *pobieraniu komórek, tkanek i narządów od żywych dawców - może być prowadzone wyłącznie w zakładach opieki zdrowotnej;*
- 2) *pobieraniu narządów w celu przeszczepienia ze zwłok ludzkich - może być prowadzone wyłącznie w zakładach opieki zdrowotnej;*
- 3) *pobieraniu komórek i tkanek ze zwłok ludzkich - może być prowadzone w zakładach opieki zdrowotnej, zakładach medycyny sądowej, zakładach anatomii patologicznej uczelni medycznych i uniwersytetów z wydziałem medycznym, medycznych jednostkach badawczo-rozwojowych i zakładach pogrzebowych posiadających salę sekcyjną;*
- 4) *przechowywaniu narządów - może być prowadzone wyłącznie w zakładach opieki zdrowotnej wykonujących przeszczepienia;*
- 5) *przeszczepianiu - może być prowadzone wyłącznie w zakładach opieki zdrowotnej.]*

<1. Postępowanie dotyczące komórek, tkanek i narządów polegające na:

- 1) **pobieraniu komórek, tkanek i narządów od żywych dawców – może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych;**
- 2) **pobieraniu narządów w celu przeszczepienia ze zwłok ludzkich – może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych;**
- 3) **pobieraniu komórek i tkanek ze zwłok ludzkich – może być prowadzone w podmiotach leczniczych, zakładach medycyny sądowej, zakładach anatomii patologicznej uczelni medycznych i uniwersytetów z wydziałem medycznym, instytutach badawczych, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych, i zakładach pogrzebowych posiadających salę sekcyjną;**
- 4) **przechowywaniu narządów – może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych wykonujących przeszczepienia;**
- 5) **przeszczepianiu – może być prowadzone wyłącznie w podmiotach leczniczych.>**

1a. Czynności, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 4 i 5, mogą wykonywać podmioty posiadające pozwolenie ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. (uchylony).

3. Do udzielenia pozwolenia, o którym mowa w ust. 1a, stosuje się odpowiednio przepisy art. 26 i art. 27 ust. 1-5, z tym że zadania i czynności Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek wykonuje Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant".

4. Wniosek podmiotu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, 4 i 5, o pozwolenie określa przewidywany zakres procedur transplantacyjnych.

5. Czynności, o których mowa w ust. 1, wykonują osoby o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia przed wydaniem pozwolenia na działalność, o której mowa w ust. 1 pkt 1, 4 i 5, zasięga opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) kwalifikacje zawodowe osób pobierających komórki, tkanki i narządy oraz osób dokonujących ich przeszczepienia, uwzględniając w szczególności lekarzy specjalistów z następujących dziedzin medycyny: transplantologii klinicznej, chirurgii, chirurgii dziecięcej, hematologii, onkologii klinicznej, kardiochirurgii, chirurgii naczyń, urologii, jak również lekarzy innych specjalności,
 - 1a) kwalifikacje zawodowe koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów,
 - 2) warunki, jakim powinny odpowiadać podmioty wymienione w ust. 1, w których podejmowane będzie postępowanie polegające na pobieraniu, przechowywaniu lub przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów,
 - 3) szczegółowe zasady współdziałania podmiotów, o których mowa w ust. 1, w zakresie pobierania, przechowywania komórek, tkanek i narządów w celu ich wykorzystania do przeszczepienia,
 - 4) wymagania, jakim powinna odpowiadać dokumentacja medyczna dotycząca pobierania komórek, tkanek i narządów, ich przechowywania i przeszczepiania- uwzględniając konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego biorców i dawców komórek, tkanek lub narządów.

Art. 37a.

[1. Wywozu szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i ich przywozu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje zakład opieki zdrowotnej wykonujący pobranie lub przeszczepienie szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej za zgodą dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant".]

- <1. Wywozu szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i ich przywozu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje podmiot leczniczy wykonujący pobranie lub przeszczepienie szpiku, komórek krwiotwórczych krwi obwodowej i krwi pępowinowej za zgodą dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.>**
2. Wywozu komórek lub tkanek pobranych ze zwłok ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu tych komórek lub tkanek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje bank tkanek i komórek za zgodą dyrektora Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.
 3. Wywozu regenerujących się komórek lub tkanek innych niż komórki i tkanki wymienione w ust. 2, z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu tych komórek lub tkanek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje bank tkanek i komórek za zgodą dyrektora Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.

[4. Wywozu narządów ze zwłok ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu tych narządów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje zakład opieki zdrowotnej, wykonujący pobranie lub przeszczepienie narządów ze zwłok ludzkich, za zgodą dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant".]

<4. Wywozu narządów ze zwłok ludzkich z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu tych narządów na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dokonuje podmiot leczniczy, wykonujący pobranie lub przeszczepienie narządów ze zwłok ludzkich, za zgodą dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.>

5. Zgody, o których mowa w ust. 1-4, albo ich odmowy są wydawane niezwłocznie, podmiotom wymienionym w tych przepisach, każdorazowo w drodze decyzji administracyjnej, na wniosek, do którego są dołączone informacje o spełnianiu wymagań określonych w ust. 8. Decyzjom tym nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.
6. Od decyzji dyrektora Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji "Poltransplant" oraz dyrektora Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia.
7. Zgody na wywóz komórek, tkanek lub narządu odmawia się w przypadku gdy na liście znajduje się zgodny do przeszczepienia potencjalny biorca.
8. Podmioty, które uzyskały zgody, o których mowa w ust. 1-4, są obowiązane zapewnić:
 - 1) monitorowanie stanu wywożonych i przywożonych ludzkich komórek, tkanek i narządów w drodze między dawcą a biorcą;
 - 2) jakość i bezpieczeństwo przywożonych i wywożonych komórek, tkanek i narządów przeznaczonych do przeszczepienia.
9. Dane o wywozach i przywozach wymienionych w:
 - 1) ust. 1 i 4 - gromadzi i przechowuje Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant";
 - 2) ust. 2 i 3 - gromadzi i przechowuje Krajowe Centrum Bankowania Tkanek i Komórek.
10. Dane, o których mowa w ust. 9, udostępnia się ministrowi właściwemu do spraw zdrowia i Krajowej Radzie Transplantacyjnej.
11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki wywozu ludzkich komórek, tkanek i narządów z terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i przywozu tych komórek, tkanek i narządów na to terytorium oraz sposób monitorowania stanu wywożonych i przywożonych ludzkich komórek, tkanek i narządów w drodze między dawcą a biorcą, mając na względzie zapewnienie jakości i bezpieczeństwa, o których mowa w ust. 8 pkt 2, oraz uwzględniając bezpieczeństwo zdrowotne biorcy.

[Art. 37b.

1. *Bank tkanek i komórek, zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, oznaczają komórki, tkanki lub narządy w sposób umożliwiający identyfikację ich dawcy za pomocą niepowtarzalnego oznakowania.*

2. *Identyfikacja, o której mowa w ust. 1, zapewnia możliwość określenia danych dotyczących pobrania komórek, tkanek lub narządów, ich przyjęcia do banku tkanek i komórek, zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, lub medycznego laboratorium diagnostycznego, o którym mowa w art. 37 ust. 1, oraz ich testowania, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji.]*

<Art. 37b.

1. **Bank tkanek i komórek, podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, oznaczają komórki, tkanki lub narządy w sposób umożliwiający identyfikację ich dawcy za pomocą niepowtarzalnego oznakowania.**
2. **Identyfikacja, o której mowa w ust. 1, zapewnia możliwość określenia danych dotyczących pobrania komórek, tkanek lub narządów, ich przyjęcia do banku tkanek i komórek, podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, lub medycznego laboratorium diagnostycznego, o którym mowa w art. 37 ust. 1, oraz ich testowania, przetwarzania, sterylizacji, przechowywania i dystrybucji.>**

Art. 37c.

1. *[Bank tkanek i komórek, zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, są obowiązane:]* **<Bank tkanek i komórek, podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, są obowiązane:>**

- 1) stosować środki bezpieczeństwa i ochrony danych przed nieupoważnionymi uzupełnieniami, usuwaniem informacji lub zmianami w dokumentacji medycznej dawców oraz przed przekazywaniem informacji osobom nieuprawnionym;
- 2) stosować procedury rozstrzygania rozbieżności w danych;
- 3) zapewnić ochronę przed nieupoważnionym ujawnianiem danych, o których mowa w art. 37b ust. 2, przy jednoczesnym zagwarantowaniu zdolności monitorowania pobranych, testowanych, przetwarzanych, przechowywanych i dystrybuowanych komórek, tkanek lub narządów.

2. Przez zdolność monitorowania, o której mowa w ust. 1 pkt 3, rozumie się:

- 1) zdolność lokalizowania i identyfikowania komórek, tkanek lub narządów na dowolnym etapie od ich pobrania, w trakcie badania, przetwarzania i przechowywania, do ich dystrybucji do biocy lub utylizacji;
- 2) zdolność zidentyfikowania biorcy komórki, tkanki lub narządu;
- 3) możliwości lokalizowania i identyfikowania wszelkich istotnych danych związanych z wyrobami medycznymi oraz materiałami mającymi kontakt z komórkami, tkankami lub narządami.

[3. Bank tkanek i komórek, zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, są obowiązane ponadto do zapewnienia monitorowania:]

<3. Bank tkanek i komórek, podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, są obowiązane ponadto do zapewnienia monitorowania:>

- 1) pobranych, przetworzonych, przechowywanych lub dystrybuowanych komórek, tkanek lub narządów;
- 2) wyrobów medycznych i materiałów mających bezpośredni kontakt z komórkami, tkankami lub narządami.

Art. 37d.

[Bank tkanek i komórek, zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, są obowiązane:]

<Bank tkanek i komórek, podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, 2 i 5, oraz medyczne laboratorium diagnostyczne, o którym mowa w art. 37 ust. 1, są obowiązane:>

- 1) prowadzić walidację wszystkich procesów,
 - 2) określać krytyczne momenty wszystkich procesów, które powinny być kontrolowane w oparciu o wyznaczone kryteria akceptacji,
 - 3) prowadzić kwalifikację sprzętu, urządzeń technicznych i środowiska przebiegającego procesu rozumianą jako udokumentowane działanie mające na celu wykazanie, że to środowisko, sprzęt lub urządzenia są odpowiednio zainstalowane i pracują właściwie
- w celu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa wymaganego dla danego typu komórki, tkanki lub narządu oraz uzyskania oczekiwanych wyników.

USTAWA z dnia 27 lipca 2005 r. – PRAWO O SZKOLNICTWIE WYŻSZYM (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.)

Art. 13.

1. Podstawowymi zadaniami uczelni, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, są:

- 1) kształcenie studentów w celu ich przygotowania do pracy zawodowej;
- 2) wychowywanie studentów w poczuciu odpowiedzialności za państwo polskie, za umacnianie zasad demokracji i poszanowanie praw człowieka;
- 3) prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych oraz świadczenie usług badawczych;
- 4) kształcenie i promowanie kadr naukowych;
- 5) upowszechnianie i pomnażanie osiągnięć nauki, kultury narodowej i techniki, w tym poprzez gromadzenie i udostępnianie zbiorów bibliotecznych i informacyjnych;
- 6) kształcenie w celu zdobywania i uzupełniania wiedzy;
- 7) stwarzanie warunków do rozwoju kultury fizycznej studentów;
- 8) działanie na rzecz społeczności lokalnych i regionalnych.

2. Uczelnia zawodowa prowadząca wyłącznie studia pierwszego stopnia nie jest obowiązana do wykonywania zadań określonych w ust. 1 pkt 3 i 4.

[3. Zadaniem uczelni medycznej lub podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni działającej w dziedzinie nauk medycznych albo weterynaryjnych może być także

uczestniczenie w sprawowaniu opieki medycznej albo weterynaryjnej w zakresie i formach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej i przepisach o zakładach leczniczych dla zwierząt.]

<3. Zadaniem uczelni medycznej lub podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni działającej w dziedzinie nauk medycznych albo weterynaryjnych może być także uczestniczenie w sprawowaniu opieki medycznej albo weterynaryjnej w zakresie i formach określonych w przepisach o działalności leczniczej i przepisach o zakładach leczniczych dla zwierząt.>

Art. 62.

1. Do kompetencji senatu uczelni należy:

- 1) uchwalanie statutu, z zastrzeżeniem art. 58 ust. 1;
- 2) uchwalanie regulaminu studiów, regulaminu studiów doktoranckich, regulaminu studiów podyplomowych oraz zasad przyjęć na studia i studia doktoranckie;
- 3) ustalanie głównych kierunków działalności uczelni;
- 4) ustalanie zasad działania uczelni oraz wytycznych dla rad podstawowych jednostek organizacyjnych w zakresie wykonywania podstawowych zadań uczelni określonych w art. 13;
- 5) ocena działalności uczelni, zatwierdzanie rocznych sprawozdań rektora z jej działalności oraz ocena działalności rektora;
- 6) podejmowanie uchwał w sprawie utworzenia filii, zamiejscowej podstawowej jednostki organizacyjnej lub zamiejscowego ośrodka dydaktycznego oraz w sprawie utworzenia i likwidacji kierunku studiów;
- 7) wyrażanie zgody na zawarcie przez rektora umowy o współpracy z podmiotem zagranicznym, chyba że statut stanowi inaczej;
- 8) wyrażanie zgody na utworzenie akademickiego inkubatora przedsiębiorczości lub centrum transferu technologii w formie jednostki ogólnouczelnianej, fundacji lub spółki handlowej, prowadzących działalność usługową, szkoleniową lub naukową;
- 9) nadawanie tytułu doktora honoris causa;

[10) podejmowanie uchwał w sprawach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej;]

<10) podejmowanie uchwał w sprawach określonych w przepisach o działalności leczniczej;>

- 11) wyrażanie opinii społeczności akademickiej uczelni oraz wyrażanie opinii w sprawach przedłożonych przez rektora, radę podstawowej jednostki organizacyjnej albo członków senatu, w liczbie określonej w statucie.

2. Do kompetencji senatu uczelni publicznej należy także:

- 1) uchwalanie planu rzeczowo-finansowego uczelni;
- 2) zatwierdzanie sprawozdania finansowego uczelni zgodnie z przepisami o rachunkowości;
- 3) ustalanie zasad nabywania, zbywania i obciążania papierów wartościowych w zakresie nieuregulowanym w przepisach o finansach publicznych oraz o obrocie papierami wartościowymi;

- 4) wyrażanie, z zastrzeżeniem art. 90 ust. 4, zgody na:
- a) nabycie, zbycie lub obciążenie mienia o wartości określonej w statucie,
 - b) przystąpienie do spółki, spółdzielni lub innej organizacji gospodarczej oraz utworzenie spółki lub fundacji.
3. W uczelni, w której nie ma podstawowych jednostek organizacyjnych, senat pełni również funkcję rady takiej jednostki.

[Art. 87.

Status szpitali klinicznych będących bazą dydaktyczną i naukowo-badawczą uczelni medycznych lub innych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych regulują przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.).]

<Art.87.

Status szpitali klinicznych będących bazą dydaktyczną i naukowo-badawczą uczelni medycznych lub innych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych regulują przepisy o działalności leczniczej. Uczelnie te mogą utworzyć podmiot leczniczy w formie spółki kapitałowej.>

Art. 90.

1. W akcie o utworzeniu uczelni publicznej wskazuje się mienie lub organ, który ją w to mienie wyposaża.
2. Na wyposażenie, o którym mowa w ust. 1, tworzonej uczelni przeznaczają się nieruchomości z zasobu nieruchomości Skarbu Państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego. Na wyposażenie uczelni tworzonej z połączenia kilku uczelni przeznaczają się nieruchomości stanowiące własność łączonych uczelni; na jej wyposażenie mogą być również przeznaczone nieruchomości z zasobu nieruchomości Skarbu Państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego.
3. Skarb Państwa oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą przekazywać uczelniom nieruchomości w trybie i na zasadach określonych w ustawie z dnia 21 sierpnia 1997 r. o gospodarce nieruchomościami (Dz. U. z 2004 r. Nr 261, poz. 2603 i Nr 281, poz. 2782 oraz z 2005 r. Nr 130, poz. 1087).
4. Rozporządzanie przez uczelnię składnikami aktywów trwałych w rozumieniu przepisów o rachunkowości, w zakresie określonym w ustawie z dnia 8 sierpnia 1996 r. o zasadach wykonywania uprawnień przysługujących Skarbowi Państwa (Dz. U. Nr 106, poz. 493, z późn. zm.), wymaga zgody ministra właściwego do spraw Skarbu Państwa.
5. W przypadku likwidacji uczelni publicznej jej mienie, po spłaceniu zobowiązań, staje się, odpowiednio do źródła pochodzenia tego mienia zgodnie z ust. 2, mieniem Skarbu Państwa albo mieniem jednostki samorządu terytorialnego. O przeznaczeniu mienia zlikwidowanej uczelni publicznej decyduje minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego, a w przypadku uczelni wojskowej, służb państwowych, artystycznej, medycznej oraz morskiej odpowiednio ministrowie wskazani w art. 33 ust. 2.
6. Przepis ust. 5 stosuje się odpowiednio do mienia przekazanego uczelni niepublicznej w trybie ust. 3.

[7. W przypadku likwidacji publicznego szpitala klinicznego utworzonego na zasadach i w trybie określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej jego majątek, po zaspokojeniu wierzycieli, staje się własnością Skarbu Państwa lub własnością publicznej uczelni medycznej albo publicznej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, a o jego przeznaczeniu decyduje podmiot, który utworzył publiczny zakład opieki zdrowotnej.]

Art. 112.

[1. Nauczyciele akademicy zatrudnieni w uczelni medycznej lub innej uczelni prowadzącej działalność w dziedzinie nauk medycznych uczestniczą w sprawowaniu opieki zdrowotnej poprzez wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w szpitalach klinicznych lub oddziałach innych zakładów opieki zdrowotnej (szpitali), udostępnianych tym uczelniom na zasadach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej.]

2. W udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, nauczyciele akademicy uczestniczą na podstawie odrębnej umowy zawartej ze szpitalem klinicznym albo innym zakładem opieki zdrowotnej (szpitalem).]

<1. Nauczyciele akademicy zatrudnieni w uczelni medycznej lub innej uczelni prowadzącej działalność w dziedzinie nauk medycznych uczestniczą w sprawowaniu opieki zdrowotnej poprzez wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w jednostkach organizacyjnych niezbędnych do prowadzenia działalności dydaktycznej i badawczej udostępnionych tym uczelniom na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej.

2. W udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, nauczyciele akademicy uczestniczą na podstawie odrębnej umowy zawartej z podmiotem prowadzącym działalność leczniczą udostępniającym jednostkę, o której mowa w ust. 1.>

3. Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio do podstawowych jednostek organizacyjnych uczelni publicznych działających w zakresie nauk weterynaryjnych.

Art. 130.

[1. Czas pracy nauczyciela akademickiego jest określony zakresem jego obowiązków dydaktycznych, naukowych i organizacyjnych. Czas pracy nauczyciela akademickiego uczestniczącego w sprawowaniu opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 112, jest określony ponadto zakresem jego obowiązków związanych z zapewnieniem ciągłej opieki nad pacjentami szpitali klinicznych lub oddziałów innych zakładów opieki zdrowotnej.]

<1. Czas pracy nauczyciela akademickiego jest określony zakresem jego obowiązków dydaktycznych, naukowych i organizacyjnych.>

2. Zasady ustalania zakresu obowiązków nauczycieli akademickich, rodzaje zajęć dydaktycznych objętych zakresem tych obowiązków, w tym wymiar zadań dydaktycznych dla poszczególnych stanowisk, oraz zasady obliczania godzin dydaktycznych określa senat.

3. Roczny wymiar zajęć dydaktycznych wynosi:

1) od 120 do 240 godzin dydaktycznych - dla pracowników naukowo-dydaktycznych;

- 2) od 240 do 360 godzin dydaktycznych - dla pracowników dydaktycznych, z zastrzeżeniem pkt 3;
- 3) od 300 do 540 godzin dydaktycznych - dla pracowników dydaktycznych zatrudnionych na stanowiskach lektorów i instruktorów lub równorzędnych.
4. Rektor, powierzając nauczycielowi akademickiemu wykonywanie ważnych zadań dla uczelni, może - w zakresie i na warunkach określonych w statucie - obniżyć wymiar jego zajęć dydaktycznych w okresie wykonywania powierzonych zadań poniżej dolnej granicy wymiaru ustalonej zgodnie z ust. 3.
5. Szczegółowy zakres i wymiar obowiązków nauczyciela akademickiego ustala kierownik jednostki organizacyjnej określonej w statucie.
6. Zajęcia dydaktyczne mogą być wykonywane również poza uczelnią, a w szczególności w gimnazjum i szkole ponadgimnazjalnej prowadzonych przez uczelnię na zasadach określonych przez senat.
7. Obowiązkowy wymiar czasu pracy pracowników, o których mowa w art. 113, a także pracowników bibliotecznych oraz pracowników dokumentacji i informacji naukowej, zatrudnionych na stanowiskach kustosa bibliotecznego, starszego bibliotekarza i starszego dokumentalisty, wynosi 36 godzin tygodniowo.
8. Statut uczelni niepublicznej może ustanowić inny niż określony w ust. 3 i 7 wymiar zajęć dydaktycznych oraz wymiar czasu pracy pracowników, o których mowa w art. 113, a także pracowników bibliotecznych oraz pracowników dokumentacji i informacji naukowej zatrudnionych na stanowiskach: kustosa bibliotecznego, starszego bibliotekarza i starszego dokumentalisty.

USTAWA z dnia 28 lipca 2005 r. O LECZNICTWIE UZDROWISKOWYM, UZDROWISKACH I OBSZARACH OCHRONY UZDROWISKOWEJ ORAZ O GMINACH UZDROWISKOWYCH (Dz. U. Nr 167, poz. 1399, z 2007 r. Nr 133, poz. 921, z 2009 r. Nr 62, poz. 504)

Art. 2.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) lecznictwo uzdrowiskowe - zorganizowaną działalność polegającą na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak:
 - a) właściwości naturalnych surowców leczniczych,
 - b) właściwości lecznicze klimatu, w tym talassoterapia i subterraneoterapia, oraz właściwości lecznicze mikroklimatu– a także towarzyszące zabiegi z zakresu fizjoterapii;

- 1a) rehabilitacja uzdrowiskowa - zorganizowaną działalność prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, mającą na celu przywrócenie pacjentowi zdrowia lub możliwej do osiągnięcia dla danego stanu samodzielności ruchowej i społecznej, przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych;
- 2) gmina uzdrowiskowa - gminę, której obszarowi lub jego części został nadany status uzdrowiska w trybie określonym w ustawie;
- 3) uzdrowisko - obszar, na terenie którego prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe, wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, spełniający warunki, o których mowa w art. 34 ust. 1, któremu został nadany status uzdrowiska;
- 4) obszar ochrony uzdrowiskowej - obszar spełniający warunki, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5, któremu został nadany status obszaru ochrony uzdrowiskowej;
- 5) operat uzdrowiskowy - dokument zawierający charakterystykę wyodrębnionego obszaru pod względem możliwości uznania go za uzdrowisko albo obszar ochrony uzdrowiskowej, ze szczególnym uwzględnieniem dostępnych na tym obszarze naturalnych surowców leczniczych i klimatu;
- 6) strefy ochrony uzdrowiskowej - części obszaru uzdrowiska albo obszaru ochrony uzdrowiskowej, określone w statucie uzdrowiska, wydzielone w celu ochrony czynników leczniczych i naturalnych surowców leczniczych, walorów środowiska i urządzeń uzdrowiskowych;
- 7) urzędnicy lecznictwa uzdrowiskowego - urzędnicy służące do leczniczego wykorzystania naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości leczniczych klimatu;
- 8) naturalne surowce lecznicze - gazy lecznicze oraz kopaliny lecznicze, w tym wody lecznicze i peloidy, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone na zasadach określonych w ustawie;
- 9) właściwości lecznicze klimatu - czynniki atmosferyczne sprzyjające zachowaniu zdrowia, leczeniu lub łagodzeniu skutków lub objawów chorób;
- [10) *zakład lecznictwa uzdrowiskowego - zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.), działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;*
- <10) **zakład lecznictwa uzdrowiskowego – podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.>**
- 11) tereny zieleni - powierzchnie gruntu pokryte roślinnością trwałą lub sezonową;

- 12) tereny biologicznie czynne - tereny z nawierzchnią ziemną urządzone w sposób zapewniający naturalną wegetację, w szczególności jako trawniki lub kwietniki, a także stanowiące 50 % sumy powierzchni tarasów i stropodachów z taką nawierzchnią, nie mniejszej jednak niż 10 m², oraz wodę powierzchniową na tych terenach;
- 13) zakład przemysłowy - zespół budynków i urządzeń wraz z terenem, na którym prowadzi się działalność wytwórczą polegającą na przekształcaniu mechanicznym, fizycznym lub chemicznym materiału, substancji lub ich części składowych w nowy produkt;
- 14) powierzchnia użytkowania - powierzchnię budynku lub jego części, mierzoną po wewnętrznej długości ścian na wszystkich kondygnacjach, oraz powierzchnię pomieszczeń pomocniczych, takich jak: magazyny, biura, ekspozycje wystawowe.

Uwaga:

W tym brzmieniu będzie obowiązywało od czerwca 2011 r. zgodnie z uchwaloną ustawą z dnia 4 marca 2011 r. zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw

Art. 2.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) lecznictwo uzdrowiskowe – zorganizowaną działalność polegającą na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych, takich jak:
 - a) właściwości naturalnych surowców leczniczych,
 - b) właściwości lecznicze klimatu, w tym talassoterapia i subterraneoterapia, oraz właściwości lecznicze mikroklimatu
- 1a) rehabilitacja uzdrowiskowa – zorganizowaną działalność prowadzoną w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, mającą na celu przywrócenie pacjentowi zdrowia lub możliwej do osiągnięcia dla danego stanu samodzielności ruchowej i społecznej, przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych;
- 2) gmina uzdrowiskowa - gminę, której obszarowi lub jego części został nadany status uzdrowiska w trybie określonym w ustawie;
- 3) uzdrowisko - obszar, na terenie którego prowadzone jest lecznictwo uzdrowiskowe, wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się na jego obszarze naturalnych surowców leczniczych, spełniający warunki, o których mowa w art. 34 ust. 1, któremu został nadany status uzdrowiska;
- 4) obszar ochrony uzdrowiskowej - obszar spełniający warunki, o których mowa w art. 34 ust. 1 pkt 1, 2, 4 i 5, któremu został nadany status obszaru ochrony uzdrowiskowej;
- 5) operat uzdrowiskowy - dokument zawierający charakterystykę wyodrębnionego obszaru pod względem możliwości uznania go za uzdrowisko albo obszar ochrony uzdrowiskowej, ze szczególnym uwzględnieniem dostępnych na tym obszarze naturalnych surowców leczniczych i klimatu;
- 6) strefy ochrony uzdrowiskowej – części obszaru uzdrowiska albo obszaru ochrony uzdrowiskowej, określone w statucie uzdrowiska, wydzielone w celu ochrony czynników

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

◇ druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

lecniczych i naturalnych surowców leczniczych, walorów środowiska i urządzeń uzdrowiskowych;

- 7) urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego - urządzenia służące do leczniczego wykorzystania naturalnych surowców leczniczych oraz właściwości leczniczych klimatu;
- 8) naturalne surowce lecznicze – gazy lecznicze oraz kopaliny lecznicze, w tym wody lecznicze i peloidy, których właściwości lecznicze zostały potwierdzone na zasadach określonych w ustawie;
- 9) właściwości lecznicze klimatu - czynniki atmosferyczne sprzyjające zachowaniu zdrowia, leczeniu lub łagodzeniu skutków lub objawów chorób;
- 10) zakład lecznictwa uzdrowiskowego - zakład opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.), działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.
- 11) tereny zieleni – powierzchnie gruntu pokryte roślinnością trwałą lub sezonową;
- 12) tereny biologicznie czynne – tereny z nawierzchnią ziemną urządzone w sposób zapewniający naturalną vegetację, w szczególności jako trawniki lub kwietniki, a także stanowiące 50 % sumy powierzchni tarasów i stropodachów z taką nawierzchnią, nie mniejszej jednak niż 10 m², oraz wodę powierzchniową na tych terenach;
- 13) zakład przemysłowy – zespół budynków i urządzeń wraz z terenem, na którym prowadzi się działalność wytwórczą polegającą na przekształcaniu mechanicznym, fizycznym lub chemicznym materiału, substancji lub ich części składowych w nowy produkt;
- 14) powierzchnia użytkowania – powierzchnię budynku lub jego części, mierzoną po wewnętrznej długości ścian na wszystkich kondygnacjach, oraz powierzchnię pomieszczeń pomocniczych, takich jak: magazyny, biura, ekspozycje wystawowe.

[Art. 15.

W sprawach nieuregulowanych w ustawie do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego mają zastosowanie przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641) oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679).]

<Art.15.

W sprawach nieuregulowanych w ustawie do zakładów lecznictwa uzdrowiskowego mają zastosowanie przepisy o działalności leczniczej.>

Art. 26.

Do zadań naczelnego lekarza uzdrowiska należy w szczególności:

- 1) współdziałanie z osobami sprawującymi nadzór specjalistyczny na obszarze danego województwa;

[2) *współdziałanie z organami jednostek samorządu terytorialnego i zakładami opieki zdrowotnej, powołanymi do zapewnienia opieki zdrowotnej ogółowi ludności, ze szczególnym uwzględnieniem spraw dotyczących pacjentów;]*

<2) współdziałanie z organami jednostek samorządu terytorialnego i podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, ze szczególnym uwzględnieniem spraw dotyczących pacjentów;>

- 3) monitorowanie i inicjowanie porozumień między podmiotami prowadzącymi zakłady lecznictwa uzdrowiskowego w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych, prawidłowej eksploatacji naturalnych surowców leczniczych i prawidłowego wykorzystania kadr medycznych;
- 4) przeprowadzanie planowanych i doraźnych kontroli stanu oraz funkcjonowania urzędów lecznictwa uzdrowiskowego ze szczególnym uwzględnieniem wymagań sanitarnych;
- 5) zgłaszanie wniosków w sprawie stanu i funkcjonowania urzędów lecznictwa uzdrowiskowego;
- 6) współpraca z zakładami górnictwymi znajdującymi się na obszarze uzdrowiska lub obszarze ochrony uzdrowiskowej i podmiotami posiadającymi koncesję na wydobywanie i eksploatację naturalnych surowców leczniczych w sprawach prawidłowego wykorzystania tych surowców;
- 7) zgłaszanie wniosków w sprawie warunków naturalnych i właściwego kształtowania czynników środowiskowych w uzdrowisku lub na obszarze ochrony uzdrowiskowej.

Art. 27.

Naczelnny lekarz uzdrowiska prowadzi dokumentację związaną z nadzorem nad lecznictwem uzdrowiskowym.

Uwaga:

W tym brzmieniu będzie obowiązywało od czerwca 2011 r. zgodnie z uchwaloną ustawą z dnia 4 marca 2011 r. zmianie ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych oraz niektórych innych ustaw

Art. 27.

1. Naczelnny lekarz uzdrowiska prowadzi dokumentację związaną z nadzorem nad lecznictwem uzdrowiskowym oraz ewidencję zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i urzędów lecznictwa uzdrowiskowego, znajdujących się na obszarze uzdrowiska.
2. Ewidencja, o której mowa w ust. 1, zawiera:
 - 1) nazwę zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lub urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
 - 2) rodzaj zakładu lecznictwa uzdrowiskowego lub urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
 - 3) określenie podmiotu, który utworzył zakład lecznictwa uzdrowiskowego;
 - 4) regulamin określający sposób korzystania z urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
 - 5) dane dotyczące zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych;

6) informacje o kwalifikacjach pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

7) datę wpisu do ewidencji.

[3. Kierownik zakładu lecznictwa uzdrowiskowego zgłasza zakład lecznictwa uzdrowiskowego lub urządzenie lecznictwa uzdrowiskowego do ewidencji, o której mowa w ust. 1, po uzyskaniu wpisu tego zakładu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 12 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.]

<3. Kierownik zakładu lecznictwa uzdrowiskowego zgłasza zakład lub urządzenie lecznictwa uzdrowiskowego do ewidencji, o której mowa w ust. 1, po uzyskaniu wpisu tego zakładu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w przepisach o działalności leczniczej.>

4. Zgłoszenie zawiera informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1-6.

5. Kierownik zakładu lecznictwa uzdrowiskowego jest obowiązany niezwłocznie zgłosić naczelnemu lekarzowi uzdrowiska zmiany danych objętych ewidencją, o której mowa w ust. 1.

Art. 29.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowy zakres obowiązków i uprawnień dotyczący sprawowania nadzoru nad lecznictwem uzdrowiskowym przez naczelnego lekarza uzdrowiska,

2) szczegółowe zadania naczelnego lekarza uzdrowiska,

3) uchylony,

[4) zakres współpracy pomiędzy naczelnymi lekarzami uzdrowiska i organami, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej,]

<4) zakres współpracy pomiędzy naczelnymi lekarzami uzdrowiska i podmiotami tworzącymi w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;>

5) uchylony

- kierując się koniecznością zapewnienia prawidłowego nadzoru nad zakładami lecznictwa uzdrowiskowego.

USTAWA z dnia 13 lipca 2006 r. O OCHRONIE ROSZCZEŃ PRACOWNICZYCH W RAZIE NIEWYPŁACALNOŚCI PRACODAWCY (Dz. U. Nr 158, poz. 1121, z późn. zm.)

Art. 2.

1. Przepisy ustawy stosuje się w przypadku niewypłacalności pracodawcy będącego przedsiębiorcą, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 173, poz. 1807, z późn. zm.), położonym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oddziałem banku zagranicznego w rozumieniu art. 4 ust. 1 pkt 20 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Prawo bankowe (Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 665, z późn. zm.), a także przedsiębiorcą zagranicznym pochodzącym z państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia

o Wolnym Handlu (EFTA) - stron umowy o Europejskim Porozumieniu Gospodarczym, który utworzył na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oddział lub przedstawicielstwo, o którym mowa w przepisach o swobodzie działalności gospodarczej, o ile:

- w przypadku przedsiębiorców zagranicznych z państw członkowskich Unii Europejskiej, z wyłączeniem Danii - może być wobec nich wszczęte postępowanie upadłościowe w rozumieniu art. 2 lit. a lub lit. c rozporządzenia Rady (WE) nr 1346/2000 z dnia 29 maja 2000 r. w sprawie postępowania upadłościowego,
- w przypadku przedsiębiorców zagranicznych z Danii i państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stron umowy o Europejskim Porozumieniu Gospodarczym - może być wobec nich uznane główne zagraniczne postępowanie upadłościowe, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. - Prawo upadłościowe i naprawcze (Dz. U. Nr 60, poz. 535, z późn. zm.) dotyczących międzynarodowego postępowania upadłościowego,
- w przypadku przedsiębiorców prowadzących działalność gospodarczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a także oddziałów banków zagranicznych - odrębne przepisy nie wyłączają możliwości ogłoszenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej upadłości takiego pracodawcy,
- w przypadku przedsiębiorców zagranicznych z państw członkowskich Unii Europejskiej i państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stron umowy o Europejskim Porozumieniu Gospodarczym działających na terenie Rzeczypospolitej Polskiej jako oddział instytucji kredytowej lub zakładu ubezpieczeń - może zostać wszczęte wobec instytucji kredytowej lub zakładu ubezpieczeń postępowanie upadłościowe, postępowanie układowe lub inne podobne postępowanie,

i jednocześnie zatrudnia, zgodnie z przepisami polskiego prawa, co najmniej jedną osobę fizyczną w związku z prowadzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalnością gospodarczą lub działalnością przedstawicielstwa.

[2. Niewypłacalność pracodawcy, o której mowa w ust. 1, nie zachodzi w odniesieniu do osób prawnych podlegających obowiązkowi wpisu do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej, o którym mowa w rozdziale 3 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 17, poz. 209, z późn. zm.), wpisanych do rejestru przedsiębiorców z tytułu wykonywania działalności gospodarczej, jednostek zaliczanych, na podstawie odrębnych przepisów, do sektora finansów publicznych, a także osób fizycznych prowadzących gospodarstwo domowe zatrudniających osoby wykonujące pracę zarobkową w tym gospodarstwie.]

<2. Niewypłacalność pracodawcy, o której mowa w ust. 1, nie zachodzi w odniesieniu do osób prawnych podlegających obowiązkowi wpisu do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, o którym mowa w rozdziale 3 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz. U. z 2007 r. Nr 168, poz. 1186, z późn. zm.), wpisanych do rejestru przedsiębiorców z tytułu wykonywania działalności gospodarczej, jednostek zaliczanych, na podstawie odrębnych przepisów, do sektora finansów publicznych, a także osób fizycznych

prowadzących gospodarstwo domowe zatrudniających osoby wykonujące pracę zarobkową w tym gospodarstwie.>

USTAWA z dnia 8 września 2006 r. O PAŃSTWOWYM RATOWNICTWIE MEDYCZNYM (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.)

Art. 3.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

[1) dysponent jednostki - zakład opieki zdrowotnej, w którego skład wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1;]

<1) dysponent jednostki – podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którego skład wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1;>

2) kwalifikowana pierwsza pomoc - czynności podejmowane wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika, o którym mowa w art. 13 ust. 1;

3) lekarz systemu - lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, z zastrzeżeniem art. 57;

4) medyczne czynności ratunkowe - świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

5) miejsce zdarzenia - miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, i obszar, na który rozciągają się jego skutki;

6) pielęgniarka systemu - pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym;

7) pierwsza pomoc - zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679), oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

8) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego - stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji

organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;

[9) *szpitalny oddział ratunkowy - komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie;]*

<9) szpitalny oddział ratunkowy – komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie;>

10) zespół ratownictwa medycznego - jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, podejmującą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniającą wymagania określone w ustawie;

[11) *centrum urazowe - wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniającą wymagania określone w ustawie;]*

<11) centrum urazowe – wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniającą wymagania określone w ustawie;>

12) pacjent urazowy - osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała;

13) obszar działania - obszar działania zespołu ratownictwa medycznego, określony w sposób zapewniający realizację parametrów czasów dotarcia, o których mowa w art. 24, w ramach którego zespół ten będzie dysponowany na miejsce zdarzenia w pierwszej kolejności;

14) rejon operacyjny - rejon określony w wojewódzkim planie działania systemu, obejmujący co najmniej jeden obszar działania.

Art. 20.

W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia:

1) zatwierdza wojewódzki plan działania systemu i jego aktualizację;

2) może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa;

[3) *może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek na zasadach określonych w art. 65 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.).]*

<3) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej.>

Art. 27.

1. Do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5;
- 2) przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- 3) przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zwanej dalej "kierującym", niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- 4) zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji lekarzowi koordynatorowi ratownictwa medycznego;
- 5) zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- 6) powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- 7) powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia.

1a. Wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, o których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

2. W razie konieczności użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza rejonu operacyjnego, dyspozytor medyczny powiadamia o tym fakcie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

3. Lekarz koordynator ratownictwa medycznego w celu sprawnego podjęcia medycznych czynności ratunkowych, ich przeprowadzenia i zapewnienia kierowania tymi czynnościami:

- 1) wyznacza dyspozytorów medycznych realizujących zadania określone w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7 dla całego rejonu, którego dotyczy sytuacja określona w ust. 2;
- 2) koordynuje działania dysponentów jednostek.

[4. Dysponent jednostki ma obowiązek prowadzić dokumentację medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z przepisami o zakładach opieki zdrowotnej.]

<4. Dysponent jednostki ma obowiązek prowadzić dokumentację medycznych czynności ratunkowych zgodnie z przepisami o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.>

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego; dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, mając na względzie potrzebę jak najszybszego

ustalenia istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia najwłaściwszego w danym przypadku zespołu ratownictwa medycznego.

Art. 31.

1. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 2, wojewoda jest uprawniony do przeprowadzania kontroli:

- 1) jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2, pod względem spełniania przez nie wymagań określonych w art. 17 ust. 2;
- 2) dysponentów jednostek działających na obszarze województwa w trybie i na zasadach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej;
- 3) podmiotów prowadzących kursy, pod względem spełniania przez nie wymagań określonych w art. 13 ust. 8 pkt 1 i 2.

[2. Do przeprowadzania kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, stosuje się odpowiednio przepisy art. 65 i 66 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.]

<2. Do przeprowadzania kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, stosuje się odpowiednio przepisy o działalności leczniczej dotyczące nadzoru i kontroli.>

USTAWA z dnia 16 listopada 2006 r. O OPŁACIE SKARBOWEJ (Dz. U. Nr 225, poz. 1635, z późn. zm.)

ZAŁĄCZNIK

WYKAZ PRZEDMIOTÓW OPŁATY SKARBOWEJ, STAWKI TEJ OPŁATY ORAZ ZWOLNIENIA

Część	Przedmiot opłaty skarbowej	Stawka	Zwolnienia
1	2	3	4
I.	Dokonanie czynności urzędowej		
	1. Sporządzenie aktu małżeństwa	84 zł	
	2. Inne czynności kierownika urzędu stanu cywilnego	11 zł	1) sporządzenie aktu urodzenia lub zgonu 2) przyjęcie oświadczenia o uznaniu dziecka lub o nadaniu dziecku nazwiska męża matki
	3. Decyzja o wpisaniu do polskich ksiąg stanu cywilnego treści aktu stanu cywilnego sporządzonego za granicą	50 zł	
	4. Pozostałe decyzje wydawane przez	39 zł	

Objaśnienie oznaczeń: *[] kursywa – tekst usunięty przez Sejm*

<> druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

	kierownika urzędu stanu cywilnego uwzględniające wnioski stron		
	5. Protokół zawierający ostatnią wolę spadkodawcy, sporządzony przez osoby wymienione w art. 951 § 1 Kodeksu cywilnego	22 zł	
	6. (uchylony)		
	7. Decyzja o zmianie nazwiska i imienia (imion) albo nazwiska lub imienia (imion)	37 zł	
	8. Decyzja o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu	107 zł	
	9. Przeniesienie decyzji o warunkach zabudowy i zagospodarowania terenu na rzecz innej osoby	56 zł	
	10. Zatwierdzenie projektu budowlanego	47 zł	
	11. Przeniesienie decyzji o pozwoleniu na budowę lub decyzji o pozwoleniu na wznowienie robót budowlanych na rzecz innego podmiotu	90 zł	
	12. Decyzja o przeniesieniu praw i obowiązków wynikających z:		
	1) wydawanych, na podstawie przepisów o ochronie środowiska i przepisów o odpadach, pozwoleń na wprowadzanie substancji i energii do środowiska:		
	a) w związku z wykonywaną działalnością gospodarczą, z zastrzeżeniem lit. b	1.023 zł	
	b) w związku z działalnością gospodarczą wykonywaną przez podmioty prowadzące działalność wytwórczą w rolnictwie, mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców	259 zł	
	c) pozostałych	256 zł	
	2) pozwoleń wodnoprawnych	100 zł	

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

◇ druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

	13. Przyjęcie wymaganego przepisami o ochronie środowiska zgłoszenia instalacji, z której emisja nie wymaga pozwolenia, mogącej negatywnie oddziaływać na środowisko	120 zł	
	14. Wymagane przepisami o ochronie środowiska: 1) zatwierdzenie raportu o bezpieczeństwie 2) zatwierdzenie zmian w raporcie o bezpieczeństwie	1.069 zł 214 zł	
	15. Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia rejestracyjnego w podatku akcyzowym	170 zł	
	16. Potwierdzenie zarejestrowania podatnika podatku od towarów i usług jako podatnika VAT czynnego lub podatnika VAT zwolnionego	170 zł	
	17. Zgoda wydawana przez organ podatkowy na podstawie przepisów prawa podatkowego	30 zł	
	<i>[18. Dokonanie wpisu niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej do rejestru zakładów prowadzonego przez wojewodę</i>	<i>217 zł]</i>	
	<u>UWAGA</u> : ust. 19-53 pominięte.		

USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620)

Art. 3.

1. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) opiekun faktyczny - osobę sprawującą, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga;

Objaśnienie oznaczeń: [] kursywa – tekst usunięty przez Sejm

◇ druk pogrubiony – tekst wstawiony przez Sejm

- 2) osoba bliska - małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciela ustawowego, osobę pozostającą we wspólnym pożyciu lub osobę wskazaną przez pacjenta;
- [3] *osoba wykonująca zawód medyczny - osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 18d ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.);]*
- <3) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę wykonującą zawód medyczny, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...);>**
- 4) pacjent - osobę zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystającą ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny;
- [5] *podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych - zakład opieki zdrowotnej oraz indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, grupową praktykę lekarską, indywidualną praktykę pielęgniarek, położnych, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek, położnych oraz grupową praktykę pielęgniarek, położnych;*
- 6) *świadczenie zdrowotne - świadczenie zdrowotne w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej;]*
- <5) podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych – podmiot wykonujący działalność leczniczą, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej;**
- 6) świadczenie zdrowotne – świadczenie zdrowotne, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej;>**
- 7) (uchylony).
2. Ilekroć w ustawie jest mowa o lekarzu, rozumie się przez to także lekarza dentystę oraz felczera w zakresie wynikającym z przepisów o zawodzie felczera.

Art. 4.

1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.
2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.
3. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do zawinionego naruszenia prawa pacjenta do:
 - [1] *przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie stacjonarnego zakładu opieki zdrowotnej;]*
 - <1) przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;>**
 - 2) informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych;

3) dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia.

[Art. 5.

Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne zakładu.]

<Art. 5.

Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz może ograniczyć korzystanie z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a w przypadku praw, o których mowa w art. 33 ust. 1, także ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu.>

Art. 22.

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 20 ust. 1, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta.
2. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

<3. Do osób, o których mowa w ust. 2 zdanie drugie, stosuje się odpowiednio art. 13 i 14.>

Art. 26.

1. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.
3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną również:
 - 1) podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
 - 2) organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;

- <2a) podmiotom, o których mowa w art. 118 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia kontroli na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia;>**
- 3) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
 - 4) uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom, jeżeli badanie zostało przeprowadzone na ich wniosek;
 - 5) organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności, w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
 - 6) podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych, w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
 - 7) zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta;
 - 8) lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia.
4. Dokumentacja medyczna może być udostępniona także szkole wyższej lub instytutowi badawczemu do wykorzystania w celach naukowych, bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

Art. 28.

1. Za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę.
2. Przepis ust. 1 nie narusza uprawnień organów rentowych określonych w art. 77 ust. 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 11, poz. 74, z późn. zm.) i art. 121 ust. 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353, z późn. zm.).
3. Opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 pkt 2 ustala podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.
4. Maksymalna wysokość opłaty za:
 - 1) jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych;
 - 2) jedną stronę kopii dokumentacji medycznej - nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1;
 - [3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej - nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.]*

<3) sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli podmiot wykonujący działalność leczniczą prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 1.>

Art. 33.

[1. Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.]

<1. Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami.>

2. Pacjent ma prawo do odmowy kontaktu z osobami wymienionymi w ust. 1.

[Art. 35.

1. *Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez zakład opieki zdrowotnej.*

2. *Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w ust. 1, ustala kierownik zakładu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1.*

3. *Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 2, oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu zakładu opieki zdrowotnej.]*

<Art. 35.

1. Pacjent ponosi koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

2. Wysokość opłaty rekompensującej koszty, o których mowa w ust. 1, ustala kierownik podmiotu, uwzględniając rzeczywiste koszty realizacji praw, o których mowa w art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1.

3. Informacja o wysokości opłaty, o której mowa w ust. 2, oraz sposobie jej ustalenia jest jawna i udostępniana w lokalu przedsiębiorstwa podmiotu, o którym mowa w ust. 1.>

Rozdział 10

Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej

[Art. 36.

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 33 ust. 1, ma prawo do opieki duszpasterskiej.

Art. 37.

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia zakład opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 33 ust. 1, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

Art. 38.

Zakład opieki zdrowotnej ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.]

<Art. 36.

Pacjent przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do opieki duszpasterskiej.

Art. 37.

W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia podmiot, o którym mowa w art. 33 ust. 1, jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania.

Art. 38.

Podmiot leczniczy ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.>

Rozdział 11

Prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie

[Art. 39.

Pacjent w zakładzie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 33 ust. 1, ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi ten zakład opieki zdrowotnej, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.]

<Art. 39.

Pacjent w przebywający w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie. Koszty realizacji tego prawa ponosi ten podmiot, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej.>

USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. O AKREDYTACJI W OCHRONIE ZDROWIA (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641)

Art. 1.

1. Ustawa określa zasady i tryb udzielania akredytacji.

[2. Akredytacja ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i

Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. Nr ..., poz. ...) standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tego podmiotu, zwane dalej "standardami akredytacyjnymi".]

<2. Akredytacja ma na celu potwierdzenie spełniania przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania tego podmiotu, zwane dalej „standardami akredytacyjnymi”.>

<2a. Przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych rozumie się podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.>

3. Akredytacja, o której mowa w przepisach niniejszej ustawy, nie stanowi akredytacji w rozumieniu ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. o systemie oceny zgodności (Dz. U. z 2004 r. Nr 204, poz. 2087, z późn. zm.).

USTAWA z dnia 6 listopada 2008 r. O KONSULTANTACH W OCHRONIE ZDROWIA
(Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679)

Art. 9.

Konsultanci:

[1) wykonują zadania opiniodawcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta;]

<1) wykonują zadania opiniodawcze, doradcze i kontrolne dla organów administracji rządowej, podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, Narodowego Funduszu Zdrowia i Rzecznika Praw Pacjenta;>

2) prowadzą nadzór nad stroną merytoryczną doskonalenia zawodowego i szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia;

3) biorą udział w pracach komisji i zespołów powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej;

4) sporządzają opinie dotyczące doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia;

5) sporządzają opinie dotyczące realizacji szkolenia podyplomowego i specjalizacyjnego lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia w zakresie wynikającym z określonego programu kształcenia oraz sprawują nadzór nad ich merytoryczną realizacją.

Art. 10.

1. Do zadań konsultantów krajowych, o których mowa w art. 4, oraz konsultantów wojewódzkich należy w szczególności:

1) przeprowadzanie kontroli podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych dotyczącej realizacji kształcenia i doskonalenia zawodowego lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne lub inne zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w zakresie wynikającym z programów kształcenia;

2) kontrola dostępności świadczeń zdrowotnych;

3) kontrola wyposażenia podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola ich efektywnego wykorzystania w realizacji zadań dydaktycznych;

[4) informowanie organów administracji rządowej, podmiotów, które utworzyły zakłady opieki zdrowotnej, oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli;]

<4) informowanie organów administracji rządowej, podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli;>

4a) powiadamianie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o stwierdzonych incydentach medycznych lub nieprawidłowościach w zakresie wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji oraz systemów i zestawów zabiegowych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679);

5) sporządzanie opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w dziedzinie medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia reprezentowanej przez właściwego konsultanta;

6) wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków;

6a) wydawanie opinii w zakresie wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, na wniosek Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;

7) sporządzanie rocznego raportu dokumentującego wykonywanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez właściwego konsultanta dziedzinę medycyny, farmacji lub inną dziedzinę mającą zastosowanie w ochronie zdrowia.

2. Do zadań konsultanta krajowego, o którym mowa w art. 4, należy także:

1) inicjowanie prowadzenia badań epidemiologicznych na obszarze kraju oraz ocena metod i wyników tych badań;

- 2) wydawanie opinii i doradztwo w zakresie zadań realizowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
 - 3) prognozowanie potrzeb zdrowotnych w reprezentowanej przez konsultanta krajowego dziedzinie medycyny, farmacji lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia;
 - 4) opiniowanie, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, pod względem merytorycznym oraz celowościowym projektów aktów prawnych;
 - 5) prowadzenie doradztwa w zakresie realizacji zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia i innych programów polityki zdrowotnej;
 - 6) opiniowanie wniosków o skierowanie pacjenta do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej w trybie określonym w przepisach odrębnych;
 - 7) występowanie z wnioskiem do ministra właściwego do spraw zdrowia o powołanie nowego konsultanta wojewódzkiego.
3. Do zadań konsultanta wojewódzkiego należy także:
- 1) opiniowanie wniosków jednostek ubiegających się o wpisanie ich na prowadzoną przez ministra właściwego do spraw zdrowia listę jednostek organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne;
 - 2) występowanie z wnioskiem do okręgowych rad właściwych samorządów zawodowych o przeprowadzenie kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące dany zawód medyczny;
 - [3) wydawanie, na wniosek wojewody, opinii o spełnianiu przez zakład opieki zdrowotnej warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny;*
 - 4) wydawanie, na podstawie przeprowadzonej kontroli, opinii o spełnianiu przez jednostkę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów warunków do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów oraz osób wykonujących inne zawody medyczne, a także opinii dotyczącej sposobu realizacji stażu lub specjalizacji oraz poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w tym zakładzie.]*
 - <3) wydawanie, na wniosek wojewody, opinii o spełnianiu przez podmiot leczniczy warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny;**
 - 4) wydawanie, na podstawie przeprowadzonej kontroli, opinii o spełnianiu przez jednostkę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów warunków do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów, a także opinii dotyczącej sposobu realizacji stażu lub specjalizacji oraz poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.>**

Art. 11.

Do zadań konsultantów, o których mowa w art. 5, należy w szczególności:

- 1) sporządzanie opinii o potrzebach kadrowych w dziedzinach medycyny, farmacji oraz w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia związanych z realizacją zadań istotnych dla obronności kraju;
- 2) opiniowanie programów szkolenia podyplomowego związanego z realizacją zadań, o których mowa w art. 5, oraz sposobu ich realizacji;
- 3) opiniowanie, na wniosek Ministra Obrony Narodowej, pod względem merytorycznym oraz celowościowym projektów aktów prawnych;
- 4) opiniowanie, na wniosek Ministra Obrony Narodowej, jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych związanych z realizacją zadań, o których mowa w art. 5, w jednostkach utworzonych i nadzorowanych przez tego ministra oraz w innych podmiotach realizujących te zadania;
- 5) doradztwo w dostosowywaniu krajowych norm i standardów opieki zdrowotnej do zobowiązań wynikających z uczestnictwa Rzeczypospolitej Polskiej w międzynarodowych sojuszach obronnych;
- 6) doradztwo w zakresie realizacji medycznych celów Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, do których jest zobowiązana Rzeczpospolita Polska z racji uczestnictwa w Sojuszu Północnoatlantyckim;
- [7) kontrola wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola ich efektywnego wykorzystania przy realizacji zadań dydaktycznych;]*
- <7) kontrola wyposażenia podmiotów leczniczych utworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej w aparaturę i sprzęt medyczny, aparaturę analityczną oraz aparaturę do przygotowywania i badania produktów leczniczych i kontrola ich efektywnego wykorzystania przy realizacji zadań dydaktycznych;>**
- 8) informowanie właściwego podmiotu o uchybieniach stwierdzonych w wyniku kontroli;
- 9) sporządzanie rocznego raportu dokumentującego wykonanie zadań, do realizacji których został powołany.

USTAWA z dnia 2 grudnia 2009 r. O IZBACH LEKARSKICH (Dz. U. Nr 219, poz. 1708)

Art. 5.

Zadaniem samorządu lekarzy jest w szczególności:

- 1) ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie;
- 2) sprawowanie pieczy nad należyty i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza;

- 3) przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji lekarzy, będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzających wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) zawieszanie i pozbawianie prawa wykonywania zawodu oraz ograniczanie w wykonywaniu zawodu;
 - 5) prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy;
 - 6) prowadzenie postępowania w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu;
 - 7) prowadzenie lub udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy;
 - 8) opiniowanie i wnioskowanie w sprawach kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i w innych zawodach medycznych;
 - 9) przewodniczenie komisjom przeprowadzającym konkursy na stanowisko ordynatora i uczestnictwo w konkursach na inne stanowiska w ochronie zdrowia, jeżeli odrębne przepisy tak stanowią;
 - 10) opiniowanie kandydatur lekarzy na stanowiska lub funkcje, jeżeli odrębne przepisy tak stanowią;
- [11) prowadzenie rejestrów lekarzy, rejestrów praktyk lekarskich i rejestrów podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy oraz rejestrów lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód lekarza;]*
- <11) prowadzenie rejestrów lekarzy, rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie praktyk lekarskich na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej, rejestrów podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy oraz rejestrów lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód lekarza;>**
- 12) opiniowanie warunków pracy i płac lekarzy;
 - 13) integrowanie środowiska lekarskiego;
 - 14) działania na rzecz ochrony zawodu lekarza, w tym występowanie w obronie godności zawodu lekarza oraz interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy;
 - 15) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia;
 - 16) opiniowanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza bądź występowanie o ich wydanie;
 - 17) prowadzenie badań dotyczących ochrony zdrowia i wykonywania zawodu lekarza;
 - 18) udzielanie zainteresowanym lekarzom informacji dotyczących ogólnych zasad wykonywania zawodu, zasad etyki lekarskiej, a także o przepisach dotyczących ochrony zdrowia;
 - 19) prowadzenie instytucji samopomocowych i innych form pomocy materialnej dla lekarzy i ich rodzin;
 - 20) współdziałanie z organami administracji publicznej, związkami zawodowymi oraz innymi organizacjami w kraju i za granicą w sprawach dotyczących ochrony zdrowia i warunków wykonywania zawodu lekarza;

- 21) współdziałanie z samorządami zawodów medycznych i innymi organizacjami reprezentującymi zawody medyczne w kraju i za granicą oraz organami państw członkowskich Unii Europejskiej, na zasadach określonych w art. 6a ust. 2. i 2a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.);
- 22) współpraca z towarzystwami naukowymi, uczelniami, instytutami i jednostkami badawczo-rozwojowymi w kraju i za granicą;
- 23) zarządzanie majątkiem i działalnością gospodarczą izb lekarskich;
- 24) wykonywanie innych zadań określonych w odrębnych przepisach.

Art. 25.

Okręgowa rada lekarska kieruje działalnością okręgowej izby lekarskiej w okresie między okręgowymi zjazdami lekarzy, w szczególności:

- 1) sprawuje pieczę nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza przez członków okręgowej izby lekarskiej;
- 2) upowszechnia zasady etyki lekarskiej oraz dba o ich przestrzeganie;
- 3) reprezentuje i chroni indywidualne i zbiorowe interesy członków izby;
- 4) wykonuje zadania określone w art. 5 pkt 3, 4, 6-14 i 17-24;
- 5) udziela pomocy w realizacji praw członków okręgowej izby lekarskiej, o których mowa w art. 9 pkt 3;
- 6) składa okręgowemu zjazdowi lekarzy roczne i kadencyjne sprawozdania z działalności i wykonania budżetu;
- 7) zbiera składki członkowskie i prowadzi ich ewidencję;
- 8) wykonuje uchwały okręgowego zjazdu lekarzy;
- 9) ustala liczbę członków prezydium;
- 10) prowadzi bieżące sprawy izby;
- 11) wykonuje zadania zlecone przez Naczelną Radę Lekarską;
- 12) prowadzi okręgowy rejestr lekarzy i lekarzy dentystrów;
- 13) prowadzi rejestr, o którym mowa w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- [14) prowadzi okręgowy rejestr indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich oraz grupowych praktyk lekarskich;]*
- <14) prowadzi rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie praktyk lekarskich na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej oraz wykonuje kontrole na zasadach określonych w przepisach tej ustawy, przewidzianych dla organu prowadzącego rejestr;>**
- 15) prowadzi rejestr podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystrów;
- 16) wydaje biuletyn okręgowej izby lekarskiej;
- 17) prowadzi archiwum dokumentacji okręgowej izby lekarskiej.

Art. 38.

Krajowy Zjazd Lekarzy w szczególności:

- 1) ustanawia zasady etyki lekarskiej;
- 2) uchwała program działalności samorządu lekarzy;
- 3) rozpatruje i zatwierdza sprawozdania Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu Lekarskiego, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Krajowej Komisji Wyborczej;
- 4) rozpatruje wniosek w sprawie udzielenia absolutorium Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 5) uchwała regulaminy:
 - a) wyborów do organów i w organach izb lekarskich oraz tryb odwołania członków tych organów,
 - b) Naczelnej Rady Lekarskiej,
 - c) Naczelnej Komisji Rewizyjnej,
 - d) okręgowej komisji wyborczej,
 - e) Krajowej Komisji Wyborczej,
 - f) wewnętrznego urzędowania rzeczników odpowiedzialności zawodowej,
 - g) wewnętrznego urzędowania sądów lekarskich;
- 6) ustala liczbę członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej i Krajowej Komisji Wyborczej;
- 7) dokonuje spośród delegatów na zjazd wyboru Prezesa i członków Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej, członków Krajowej Komisji Wyborczej;
- 8) dokonuje spośród delegatów lub spośród lekarzy wskazanych przez ustępujący Naczelny Sąd Lekarski wyboru członków Naczelnego Sądu Lekarskiego oraz spośród delegatów lub spośród lekarzy wskazanych przez ustępującego Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wyboru zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej;
- 9) ustala zasady podziału składki członkowskiej;
- <9a) uchwała szczegółowy sposób przeprowadzania wizytacji, w tym sposób wyboru osób wykonujących czynności wizytacyjne;>**
- 10) określa wykaz funkcji w Naczelnej Izbie Lekarskiej, których pełnienie może być wynagradzane.

Art. 108.

1. Lekarz zawieszony w prawie wykonywania zawodu nie może wykonywać zawodu w żadnej formie.
2. Prawomocne orzeczenie kary wymienionej w art. 83 ust. 1 pkt 6 i 7 stanowi podstawę do rozwiązania bez wypowiedzenia umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, na podstawie której lekarz wykonuje zawód.
- [3. Po otrzymaniu prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego, o którym mowa w ust. 2, prezes właściwej okręgowej rady lekarskiej zawiadamia ukaranego lekarza o skreśleniu z*

rejestru indywidualnych praktyk lekarskich lub indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich w wykonaniu orzeczenia sądu lekarskiego.]

- <3. Po otrzymaniu prawomocnego orzeczenia sądu lekarskiego, o którym mowa w ust. 2, prezes właściwej okręgowej rady lekarskiej zawiadamia ukaranego lekarza o skreśleniu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w wykonaniu orzeczenia sądu lekarskiego.>**

USTAWA z dnia 4 marca 2010 r. O ŚWIADCZENIU USŁUG NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ (Dz. U. Nr 47, poz. 278)

Art. 3.

1. Przepisów ustawy nie stosuje się do świadczenia usług, o których mowa w:

- 1) ustawie z dnia 15 listopada 1984 r. - Prawo przewozowe (Dz. U. z 2000 r. Nr 50, poz. 601, z późn. zm.);
- 2) ustawie z dnia 14 lutego 1991 r. - Prawo o notariacie (Dz. U. z 2008 r. Nr 189, poz. 1158 oraz z 2009 r. Nr 37, poz. 286 i Nr 166, poz. 1317);
- 3) ustawie z dnia 23 maja 1991 r. o pracy na morskich statkach handlowych (Dz. U. Nr 61, poz. 258, z późn. zm.);
- [4) ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.);]*

<4) w przepisach o działalności leczniczej;>

- 5) ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.), z wyłączeniem działalności oświatowej, o której mowa w art. 83a ust. 2 tej ustawy;
- 6) ustawie z dnia 29 grudnia 1992 r. o radiofonii i telewizji (Dz. U. z 2004 r. Nr 253, poz. 2531, z późn. zm.);
- 7) ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217 i Nr 219, poz. 1706), z wyłączeniem świadczenia usług w zakresie kształcenia podyplomowego;
- 8) ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.), z wyłączeniem świadczenia usług w zakresie kształcenia podyplomowego;
- 9) ustawie z dnia 20 grudnia 1996 r. o portach i przystaniach morskich (Dz. U. z 2010 r. Nr 33, poz. 179);
- 10) art. 75a ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.);
- 11) ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2005 r. Nr 145, poz. 1221, z późn. zm.);
- 12) ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o komornikach sądowych i egzekucji (Dz. U. z 2006 r. Nr 167, poz. 1191, z późn. zm.);

- 13) ustawie z dnia 9 listopada 2000 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2006 r. Nr 99, poz. 693, z późn. zm.);
- 14) ustawie z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej (Dz. U. z 2006 r. Nr 123, poz. 857, z późn. zm.);
- 15) art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 22 czerwca 2001 r. o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym lub policyjnym (Dz. U. Nr 67, poz. 679, z późn. zm.);
- 16) art. 5, art. 6 i art. 18 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o transporcie drogowym (Dz. U. z 2007 r. Nr 125, poz. 874, z późn. zm.);
- 17) ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.);
- 18) ustawie z dnia 18 września 2001 r. - Kodeks morski (Dz. U. z 2009 r. Nr 217, poz. 1689);
- 19) ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze (Dz. U. z 2006 r. Nr 100, poz. 696, z późn. zm.), z wyłączeniem świadczenia usług polegających na szkoleniu personelu lotniczego w celu uzyskania licencji członka personelu lotniczego oraz usług innych niż przewóz lotniczy;
- 20) ustawie z dnia 28 marca 2003 r. o transporcie kolejowym (Dz. U. z 2007 r. Nr 16, poz. 94, z późn. zm.);
- 21) ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.), z wyłączeniem świadczenia usług w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, o której mowa w art. 9 ust. 1, przez organizacje pozarządowe oraz podmioty wymienione w art. 3 ust. 3;
- 22) ustawie z dnia 12 czerwca 2003 r. - Prawo pocztowe (Dz. U. z 2008 r. Nr 189, poz. 1159 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 168, poz. 1323), w zakresie świadczenia powszechnych usług pocztowych;
- 23) ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.), z wyłączeniem świadczenia usług w ramach wykonywanej działalności gospodarczej, o której mowa w art. 67, oraz usług świadczonych osobom potrzebującym przez wyłonione przez jednostki samorządu terytorialnego, w drodze zamówień publicznych, podmioty niepubliczne;
- 24) ustawie z dnia 31 marca 2004 r. o przewozie koleją towarów niebezpiecznych (Dz. U. Nr 97, poz. 962, z 2005 r. Nr 141, poz. 1184, z 2006 r. Nr 249, poz. 1834 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1238), z wyłączeniem świadczenia usług w zakresie prowadzenia kursów początkowych i doskonalących dla doradców do spraw bezpieczeństwa przewozu koleją towarów niebezpiecznych;
- 25) ustawie z dnia 16 lipca 2004 r. - Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. Nr 171, poz. 1800, z późn. zm.);
- 26) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.);
- 27) ustawie z dnia 30 czerwca 2005 r. o kinematografii (Dz. U. Nr 132, poz. 1111, z późn. zm.);

- 28) ustawie z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.);
 - 29) ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. Nr 167, poz. 1399, z 2007 r. Nr 133, poz. 921 oraz z 2009 r. Nr 62, poz. 504);
 - 30) ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.);
 - 31) ustawie z dnia 7 maja 2009 r. o biegłych rewidentach i ich samorządzie, podmiotach uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz o nadzorze publicznym (Dz. U. Nr 77, poz. 649), w zakresie wykonywania zawodu przez biegłego rewidenta oraz świadczenia usług przez podmioty uprawnione do badania sprawozdań finansowych związanych z wykonywaniem czynności rewizji finansowej;
 - 32) ustawie z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. Nr 201, poz. 1540).
2. Przepisów ustawy nie stosuje się do usług świadczonych w zakresie:
- 1) regulowanym ustawami podatkowymi w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2005 r. Nr 8, poz. 60, z późn. zm.);
 - 2) regulowanym przepisami celnymi oraz przepisami określającymi zasady przywozu i wywozu towarów do lub z Unii Europejskiej w zakresie realizowanym przez organy celne, w szczególności związanymi z realizacją polityki rolnej i handlowej.
3. Przepisów ustawy nie stosuje się do:
- 1) usług finansowych świadczonych przez podmioty wykonujące działalność na rynku finansowym na podstawie przepisów wymienionych w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (Dz. U. Nr 157, poz. 1119, z późn. zm.);
 - 2) usług finansowych, takich jak usługi z zakresu działalności kredytowej, doradztwa inwestycyjnego, obsługi papierów wartościowych oraz innych usług finansowych, o których mowa w załączniku nr I do dyrektywy 2006/48/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 14 czerwca 2006 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności przez instytucje kredytowe (Dz. Urz. UE L 177 z 30.06.2006, str. 1, z późn. zm.), określającym wykaz rodzajów działalności podlegających wzajemnemu uznawaniu.
4. Przepisy ustawy nie wyłączają stosowania przepisów z zakresu prawa pracy i ubezpieczeń społecznych.

USTAWA z dnia 9 kwietnia 2010 r. O SŁUŻBIE WIĘZIENNEJ (Dz. U. Nr 79, poz. 523, Nr 182, poz. 1228 i Nr 238, poz. 1578)

Art. 8.

1. Jednostkami organizacyjnymi Służby Więziennej, zwanymi dalej "jednostkami organizacyjnymi", są:

- 1) Centralny Zarząd Służby Więziennej;

- 2) okręgowe inspektoraty Służby Więziennej;
- 3) zakłady karne i areszty śledcze;
- 4) Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej oraz ośrodki szkolenia Służby Więziennej i ośrodki doskonalenia kadr Służby Więziennej.

[2. W ramach jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 1 pkt 3, mogą, w razie potrzeby, działać szkoły i zakłady opieki zdrowotnej, a w ramach jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 1 pkt 4 - zakłady opieki zdrowotnej.]

<2. W ramach jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 1 pkt 3, mogą, w razie potrzeby, działać szkoły i podmioty lecznicze w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, a w ramach jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 1 pkt 4 – podmioty lecznicze.>

3. W jednostkach organizacyjnych mogą być tworzone służby, działy, oddziały, zespoły i stanowiska prowadzące działalność, w szczególności w zakresie oddziaływania penitencjarnego, specjalistycznego oddziaływania terapeutycznego, nauczania i szkolenia, działalności duszpasterskiej, zatrudnienia, czynności administracyjnych związanych z wykonywaniem kary pozbawienia wolności, ochrony, spraw obronnych, zwalczania czynów mogących zagrozić porządkowi i bezpieczeństwu, zapewnienia stosownych warunków bytowych i pomocy socjalnej, opieki zdrowotnej i sanitarnej, a także składnice mundurowe i magazynowe.
4. Jednostki organizacyjne, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, mogą posiadać podległe oddziały położone w tej samej lub innej miejscowości.
5. Jednostki organizacyjne, o których mowa w ust. 1 pkt 4, z wyjątkiem Centralnego Ośrodka Szkolenia Służby Więziennej, mogą być prowadzone w formie instytucji gospodarki budżetowej, o której mowa w art. 9 pkt 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 oraz z 2010 r. Nr 28, poz. 146).
6. Instytucja gospodarki budżetowej, o której mowa w ust. 1, może otrzymywać dotacje z budżetu państwa na realizację zadań publicznych związanych z prowadzeniem oddziaływań penitencjarnych wymienionych w art. 2 ust. 2 pkt 1, wykonywaniem zadań obronnych na podstawie przepisów odrębnych, organizowaniem i prowadzeniem szkolenia i doskonalenia zawodowego funkcjonariuszy oraz pracowników, a także realizacji programów poprawy sprawności funkcjonariuszy, w formie obozów kondycyjnych.

Art. 9.

1. Liczbę etatów w poszczególnych jednostkach organizacyjnych nalicza się w oparciu o ustaloną w ustawie budżetowej na dany rok liczbę etatów funkcjonariuszy Służby Więziennej, zwanych dalej "funkcjonariuszami", oraz przyznaną dla więziennictwa liczbę etatów pracowników Służby Więziennej, zwanych dalej "pracownikami", uwzględniając następujące kryteria:
 - 1) zapewnienie bezpieczeństwa jednostek organizacyjnych i bezpieczeństwa osobistego funkcjonariuszy i pracowników;
 - 2) zakres i stopień złożoności realizowanych przez funkcjonariuszy i pracowników ustawowych zadań Służby Więziennej;
 - 3) liczbę, typ i rodzaj jednostek organizacyjnych nadzorowanych przez właściwe organy Służby Więziennej;

- 4) terytorialny zasięg działania jednostek organizacyjnych oraz liczbę współpracujących z nimi organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości;
 - 5) liczbę, typ i rodzaj posiadanych budowli i urzędzeń.
2. Przy naliczaniu liczby etatów, o których mowa w ust. 1, ponadto uwzględnia się następujące kryteria szczególnie:
- 1) w zakładach karnych:
 - a) liczbę funkcjonariuszy i pracowników niezbędnych do zapewnienia realizacji zadań wynikających z celów wykonywania kary pozbawienia wolności,
 - b) rodzaj realizowanych systemów wykonywania kary pozbawienia wolności i programów oddziaływań wobec osób pozbawionych wolności,
 - c) typ, rodzaj oraz przeznaczenie zakładu karnego,
 - d) strukturę organizacyjną, w tym oddziały aresztu śledczego,
 - e) liczbę podległych oddziałów zewnętrznych,
 - f) liczbę miejsc zakwaterowania dla osób pozbawionych wolności oraz ruch osób pozbawionych wolności,
 - [g) liczbę działających szkół, ośrodków diagnostycznych, zakładów opieki zdrowotnej, aptek i przywieziennych zakładów pracy;]*
 - <g) liczbę działających szkół, ośrodków diagnostycznych, podmiotów leczniczych, aptek i przywieziennych zakładów pracy;>**
 - 2) w aresztach śledczych:
 - a) liczbę miejsc zakwaterowania dla osób pozbawionych wolności oraz ruch osób pozbawionych wolności,
 - b) strukturę organizacyjną, w tym oddziały zakładu karnego,
 - c) liczbę podległych oddziałów zewnętrznych,
 - [d) liczbę działających szkół, ośrodków diagnostycznych, zakładów opieki zdrowotnej, aptek i przywieziennych zakładów pracy;]*
 - <d) liczbę działających szkół, ośrodków diagnostycznych, podmiotów leczniczych, aptek i przywieziennych zakładów pracy;>**
 - 3) w Centralnym Ośrodku Szkolenia Służby Więziennej oraz w ośrodkach szkolenia i doskonalenia kadr Służby Więziennej: liczbę miejsc zakwaterowania oraz harmonogram szkoleń i doskonalenia zawodowego.

Art. 13.

1. Zakładem karnym i aresztem śledczym kieruje dyrektor.
2. Do zakresu działania dyrektora zakładu karnego i dyrektora aresztu śledczego należy w szczególności:
 - 1) koordynacja oddziaływań penitencjarnych prowadzonych w podległej jednostce organizacyjnej i nadzór nad nimi;
 - 2) zapewnienie prawidłowego i praworządnego wykonywania kar pozbawienia wolności i tymczasowego aresztowania oraz zapewnienie bezpieczeństwa i porządku w podległej jednostce organizacyjnej;

[3) nadzorowanie działających w ramach zakładu karnego i aresztu śledczego szkół i zakładów opieki zdrowotnej;]

<3) nadzorowanie działających w ramach zakładu karnego i aresztu śledczego szkół i podmiotów leczniczych;>

- 4) racjonalne wykorzystanie środków finansowych;
 - 5) zapewnienie odpowiedniego do potrzeb doboru i wykorzystania kadry, stałego podnoszenia jej kwalifikacji, właściwego wykonywania obowiązków i dyscypliny;
 - 6) ustalanie liczby stanowisk w podległej jednostce organizacyjnej;
 - 7) realizacja zadań wynikających z innych ustaw.
3. W ramach realizacji swoich zadań dyrektor zakładu karnego i dyrektor aresztu śledczego mogą wydawać zarządzenia, instrukcje lub wytyczne.
4. Dyrektor Generalny ustala, w drodze zarządzenia, szczegółowy zakres działania dyrektorów oraz strukturę organizacyjną zakładów karnych i aresztów śledczych.
5. Zasady tworzenia zakładów karnych i aresztów śledczych określa odrębna ustawa.

Art. 96.

1. Funkcjonariusza zwalnia się ze służby w przypadkach:

- 1) nieprzydatności do służby, stwierdzonej w opinii służbowej w okresie służby przygotowawczej;
- 2) pisemnego zgłoszenia wystąpienia ze służby.

2. Funkcjonariusza można zwolnić ze służby w przypadkach:

- 1) niewywiązywania się z obowiązków służbowych w okresie odbywania służby stałej, stwierdzonego w dwóch kolejnych opiniach, między którymi upłynęło co najmniej 6 miesięcy;
- 2) powołania do innej służby państwowej;
- 3) osiągnięcia 30-letniego stażu służby w Służbie Więziennej;
- 4) likwidacji jednostki organizacyjnej lub jej reorganizacji połączonej ze zmniejszeniem obsady etatowej, jeżeli przeniesienie funkcjonariusza do innej jednostki organizacyjnej lub na niższe stanowisko służbowe nie jest możliwe;
- 5) niewyrażenia zgody na przeniesienie na niższe stanowisko w przypadkach określonych w pkt 4 oraz w art. 85 ust. 2;
- 6) nieobecności w służbie spowodowanej chorobą, trwającej nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy;
- 7) upływu 12-miesięcznego okresu zawieszenia w czynnościach służbowych;

[8) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na badanie lub obserwację w zakładzie opieki zdrowotnej, wyznaczonych zgodnie z art. 111, chyba że skierowanie do komisji lekarskiej nastąpiło na prośbę funkcjonariusza;]

<8) dwukrotnego nieusprawiedliwionego niestawiennictwa na badanie lub obserwację, wyznaczonych zgodnie z art. 111, chyba że skierowanie do komisji lekarskiej nastąpiło na prośbę funkcjonariusza;>

- 9) prawomocnej odmowy wydania poświadczenia bezpieczeństwa osobowego w rozumieniu przepisów o ochronie informacji niejawnych.

3. Funkcjonariusza zwalnia się ze służby w terminie do 3 miesięcy od dnia złożenia przez niego pisemnego zgłoszenia wystąpienia ze służby.
4. W przypadkach określonych w ust. 2 pkt 4 zwolnienie ze służby stałej może nastąpić po upływie 6 miesięcy, a przypadku służby przygotowawczej - po upływie 3 miesięcy od dnia podjęcia decyzji o likwidacji jednostki organizacyjnej lub jej reorganizacji.
5. O planowanym zwolnieniu funkcjonariusza ze służby z przyczyny określonej w ust. 2 pkt 3 uprzedza się na piśmie funkcjonariusza co najmniej na 6 miesięcy przed terminem jego zwolnienia.

Art. 111.

1. Funkcjonariusza kieruje się, z urzędu lub na jego prośbę, do komisji lekarskiej w celu określenia stanu zdrowia oraz ustalenia zdolności fizycznej i psychicznej do służby, jak również związku poszczególnych schorzeń ze służbą.
[2. Funkcjonariusz jest obowiązany poddać się badaniom zleconym przez komisję lekarską, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba - obserwacji w zakładzie opieki zdrowotnej.]
- <2. Funkcjonariusz jest obowiązany poddać się badaniom zleconym przez komisję lekarską, w tym również badaniom specjalistycznym, psychologicznym i dodatkowym, a gdy zachodzi potrzeba – obserwacji przeprowadzanej w podmiocie leczniczym.>**

Art. 133.

- [1. Lekarze oraz inni funkcjonariusze posiadający wyższe wykształcenie wykonujący zawód medyczny, pełniący służbę w zakładzie opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności, których stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być obowiązani do pełnienia w tym zakładzie dyżuru medycznego.]*
- <1. Lekarze oraz inni funkcjonariusze posiadający wyższe wykształcenie wykonujący zawód medyczny, pełniący służbę w podmiocie leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych dla osób pozbawionych wolności, których stan zdrowia wymaga całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być obowiązani do pełnienia w tym podmiocie dyżuru medycznego.>**
2. Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu służby.
3. Służba w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 40 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, z uwzględnieniem przepisów niniejszego rozdziału.

USTAWA z dnia 30 kwietnia 2010 r. O INSTYTUTACH BADAWCZYCH (Dz. U. Nr 96, poz. 618)

[Art. 40.

Do czasu pracy pracowników instytutów prowadzących badania naukowe i prace rozwojowe w sferze związanej z ochroną zdrowia stosuje się odpowiednio przepisy działu I rozdziału 4

ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.).]

Art. 44.

1. Stosunek pracy z pracownikami naukowymi nawiązuje się na podstawie umowy o pracę, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Nawiązanie stosunku pracy na czas nieokreślony na stanowisku profesora zwyczajnego lub profesora nadzwyczajnego z pracownikiem naukowym posiadającym tytuł naukowy profesora może nastąpić na podstawie mianowania. Mianowania dokonuje dyrektor. Osobę pełniącą funkcję dyrektora na stanowisko profesora mianuje minister nadzorujący instytut.
3. Pracownicy naukowcy podlegają okresowym ocenom dorobku naukowego i technicznego, dokonywanym przez radę naukową. Rada naukowa, dokonując oceny, uwzględnia w szczególności liczbę i jakość patentów, wdrożeń, publikacji naukowych oraz prowadzonych i planowanych badań naukowych lub prac rozwojowych.
4. Pracownicy zatrudnieni na stanowiskach profesora zwyczajnego i profesora nadzwyczajnego podlegają ocenom nie rzadziej niż raz na 4 lata, a pracownicy zatrudnieni na stanowiskach asystenta i adiunkta nie rzadziej niż raz na 2 lata. Tryb oceny okresowej określa regulamin ustanowiony przez dyrektora.
5. Do obowiązków pracownika naukowego należy realizacja zadań statutowych instytutu, w szczególności poprzez:
 - 1) twórczą działalność naukową polegającą na rozwiązywaniu problemów naukowych;
 - 2) wprowadzanie do praktyki wyników badań naukowych lub prac rozwojowych;
 - 3) podnoszenie swoich kwalifikacji;
 - 4) upowszechnianie osiągnięć nauki, w tym poprzez publikacje oraz aktywny udział w życiu naukowym;
 - 5) kształcenie kadry naukowej;
 - [6) udział w pracach organizacyjnych instytutu związanych z prowadzonymi badaniami naukowymi lub pracami rozwojowymi oraz działalnością dydaktyczną lub artystyczną, a w instytucie nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia - także udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakładzie opieki zdrowotnej prowadzonym przez ten instytut.]*
- <6) udział w pracach organizacyjnych instytutu związanych z prowadzonymi badaniami naukowymi lub pracami rozwojowymi oraz działalnością dydaktyczną lub artystyczną, a w instytucie nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub Ministra Obrony Narodowej – także udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ten instytut.>**
6. Do pracowników zatrudnionych na stanowisku asystenta nie stosuje się przepisu ust. 5 pkt 5.