

U S T A W A

z dnia 2026 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 11 w ust. 1 pkt 9a otrzymuje brzmienie:
„9a) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu, zastępców Prezesa Funduszu i członków Rady Funduszu;”;
- 2) w art. 31la dodaje się ust. 8–10 w brzmieniu:
„8. W szczególnie uzasadnionym przypadku, gdy z informacji posiadanych przez Agencję wynika potrzeba określenia lub weryfikacji taryfy świadczenia nieujętego w planie taryfikacji, Prezes Agencji przygotowuje raport w sprawie określenia taryfy świadczenia.
9. Przed rozpoczęciem prac nad raportem, o którym mowa w ust. 8, Prezes Agencji występuje do ministra właściwego do spraw zdrowia o akceptację rozpoczęcia prac nad taryfą świadczenia, wraz z uzasadnieniem.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia zajmuje stanowisko w sprawie wystąpienia, o którym mowa w ust. 9, w terminie 7 dni roboczych od dnia jego otrzymania. Niezajęcie stanowiska w tym terminie oznacza akceptację rozpoczęcia prac.”;
- 3) w art. 31lb w ust. 3:
 - a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:
„1) opis świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji;”;
 - b) uchyla się pkt 3,
 - c) po ust. 12 dodaje się ust. 13 w brzmieniu:

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972 i 986.

„13. Do określenia taryfy świadczenia w przypadku, o którym mowa w art. 31la ust. 8, przepisy ust. 1–12 stosuje się odpowiednio.”;

4) w art. 31lc:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Podmioty obowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych oraz jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia udostępniają nieodpłatnie Agencji dane, o których mowa w ust. 2, w celu realizacji zadań Agencji określonych w art. 31n pkt 1–3d i 4a–5 oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.”;

b) dodaje się ust. 9–11 w brzmieniu:

„9. Agencja jest uprawniona do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 6, zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów, określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7. Świadczeniodawca umożliwia przeprowadzenie czynności weryfikacyjnych, w tym udziela wyjaśnień oraz przekazuje informacje i dokumenty niezbędne do ich przeprowadzenia.

10. Informację o wynikach weryfikacji, o której mowa w ust. 9, w tym o stwierdzonych nieprawidłowościach, Prezes Agencji przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Prezesowi Funduszu.

11. W przypadku stwierdzenia, w wyniku weryfikacji, o której mowa w ust. 9, niewdrożenia albo nieprawidłowego stosowania standardu rachunku kosztów albo w przypadku nieprzekazania przez świadczeniodawcę danych, o których mowa w ust. 4 i 4a, w zakresie lub terminie wskazanych przez Prezesa Agencji, Prezes Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 0,5% rocznej kwoty zobowiązania wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem leków stosowanych w chemioterapii i programach lekowych.”;

5) w art. 31o w ust. 2:

a) po pkt 1n dodaje się pkt 1o w brzmieniu:

„1o) określanie taryf świadczeń oraz przygotowywanie raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń”;

b) w pkt 5 w lit. l kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się lit. m w brzmieniu:

„m) obwieszczeń w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych oraz raportów w sprawie ustalenia taryfy świadczeń.”;

6) w art. 48e:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Program pilotażowy opracowuje, ustala i nadzoruje minister właściwy do spraw zdrowia, a wdraża, finansuje, kontroluje, monitoruje i ewaluje Fundusz.”,

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

„1a. W ramach nadzoru minister właściwy do spraw zdrowia może przeprowadzić kontrolę realizacji programu pilotażowego.”,

c) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Fundusz zawiera umowę o realizację programu pilotażowego z realizatorem programu pilotażowego. Umowa określa w szczególności obowiązek poddania się przez realizatora programu kontroli Funduszu w zakresie określonym w art. 61a ust. 1 ustawy.”,

d) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W celu realizacji zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie nadzoru i kontroli określonych w ust. 1 i 1a może on zawrzeć umowę z jednostką podległą lub nadzorowaną przez tego ministra, właściwą ze względu na cel programu pilotażowego.”;

7) w art. 61a dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę prawidłowości wykorzystania środków publicznych przekazywanych świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w aptece z tytułu realizacji umowy, o której mowa w art. 41 ustawy o refundacji, pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu.”;

8) po art. 61b dodaje się art. 61ba w brzmieniu:

„Art. 61ba. 1. Podmioty lecznicze posiadające umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są obowiązane współdziałać z Prezesem Funduszu, nieodpłatnie udostępniać Prezesowi Funduszu informacje, w tym dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej nieobjętych umową z Funduszem, we wskazanym przez Prezesa Funduszu terminie oraz udzielać mu pomocy przy wykonywaniu zadań, o których mowa w niniejszym dziale.

2. Prezes Funduszu w związku z wykonywaniem zadań, o których mowa w niniejszym dziale, jest uprawniony do nieodpłatnego dostępu do dokumentacji medycznej

oraz dokumentacji kadrowej pracowników medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, wytworzonej przez podmiot, o którym mowa w ust. 1.

3. Informacje, o których mowa w ust. 1, jeżeli zawierają dane osobowe, podlegają ochronie na podstawie przepisów o ochronie danych osobowych i są chronione przed dostępem do nich osób nieuprawnionych.”;

9) w art. 61d:

a) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Prezes Funduszu, z zastrzeżeniem ust. 5a oraz art. 61v, nie przeprowadza kontroli, w przypadku gdy ma ona dotyczyć zakresu przedmiotowego kontroli objętego uprzednio zakończoną przez niego kontrolą.”,

b) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę, w zakresie przedmiotowym objętym uprzednio zakończoną kontrolą, w przypadku, gdy:

- 1) poweźmie uzasadnione podejrzenie, że uprzednio zakończona kontrola została przeprowadzona z naruszeniem prawa mającym wpływ na wynik kontroli lub dowody, na których podstawie ustalono istotne dla sprawy okoliczności faktyczne, okazały się fałszywe lub wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w wyniku przestępstwa;
- 2) po sporządzeniu wystąpienia pokontrolnego z uprzednio zakończonej kontroli wyszły na jaw istotne dla sprawy nowe okoliczności faktyczne lub nowe dowody nieznane Prezesowi Funduszu w chwili przeprowadzenia kontroli;
- 3) ponowna kontrola jest niezbędna do przeprowadzenia postępowania w sprawie stwierdzenia nieważności, stwierdzenia wygaśnięcia, uchylenia lub zmiany decyzji ostatecznej lub wznowienia postępowania w sprawie zakończonej decyzją ostateczną.”;

10) w art. 61e ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Poszczególne czynności kontrolne mogą wykonywać pracownicy Funduszu niebędący kontrolerami lub inne osoby wykonujące czynności na podstawie stosunku prawnego innego niż stosunek pracy.”;

11) w art. 61g

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Prezes Funduszu zawiadamia podmiot kontrolowany o kontroli najpóźniej w chwili rozpoczęcia kontroli.”,

- b) uchyla się ust. 4 – 6;
- 12) art. 61j ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. Badanie i ocena dokumentacji medycznej, w zakresie innym niż określony w ust. 3, są przeprowadzane przez kontrolera lub osobę, o której mowa w art. 61e ust. 2.”;
- 13) w art. 61o dodaje się ust. 4 w brzmieniu:
- „4. Wyjaśnienia, o których mowa w ust. 1, są składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. Osoba składająca oświadczenie jest obowiązana do złożenia oświadczenia o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań.”;
- 14) w art. 61u
- a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:
- „4. Kwoty, o których mowa w ust. 1 i 2, podlegają corocznej waloryzacji o średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, w poprzednim roku kalendarzowym.”;
- b) dodaje się ust. 5 i 6 w brzmieniu:
- „5. Średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem, o którym mowa w ust. 4, ustala się na podstawie komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, ogłaszanego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, na podstawie art. 94 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 1631 i 1674 oraz z 2025 r. poz. 718, 769 i 1159).
6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w terminie do dnia 15 lutego, w drodze obwieszczenia w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, wysokość kwot, o których mowa w ust. 4, po waloryzacji.”;
- 15) w art. 61v w ust.1 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:
- „4) niezbędne do przeciwdziałania nierównemu traktowaniu świadczeniobiorców.”;
- 16) w art. 61w ust. 1 otrzymuje brzmienie:
- „1. W sytuacji wystąpienia wątpliwości dotyczących prawidłowości postępowania w zakresach, o których mowa w art. 61a ust. 1–3, w szczególności na skutek przetwarzania posiadanych danych lub informacji, Prezes Funduszu może przeprowadzić czynności sprawdzające obejmujące wezwanie świadczeniodawcy, osoby uprawnionej w

rozumieniu ustawy o refundacji lub apteki do udzielenia wyjaśnień lub przekazania dokumentów niezbędnych do ustalenia stanu faktycznego w tym zakresie. Udzielenie wyjaśnień lub przekazanie dokumentów następuje nieodpłatnie w terminie wskazanym przez Prezesa Funduszu, nie dłuższym niż 14 dni od dnia doręczenia wezwania. Wyjaśnienia są podpisywane przez osobę, która je złożyła.”;

17) w art. 61y:

- a) uchyla się ust. 7,
- b) po ust. 9 dodaje się ust. 9a i 9b w brzmieniu:

„9a. Prezes Funduszu, w przypadku ustalenia terminu egzaminu, o którym mowa w ust. 5, nie później niż na miesiąc przed terminem tego egzaminu, określa w drodze zarządzenia Prezesa Funduszu limit osób, które mogą zostać powołane na stanowisko kontrolera w każdej z wewnętrznych komórek w komórce organizacyjnej Funduszu, która prowadzi kontrolę.

9b. Kolejność powoływania na stanowisko kontrolera jest uzależniona od wyniku egzaminu kwalifikacyjnego na stanowisko kontrolera. Osoby, które złożyły z wynikiem pozytywnym egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera i z uwagi na limit miejsc nie zostały powołane na stanowisko kontrolera, powoływane są w ramach określonego limitu po kolejnym egzaminie, z uwzględnieniem wyników tego egzaminu.”;

18) w art. 102 w ust. 5 pkt 16 otrzymuje brzmienie:

„16) powoływanie i odwoływanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;”;

19) w art. 106 w ust. 10 pkt 12 otrzymuje brzmienie:

„12) wydawanie opinii w przedmiocie odwołania dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.”;

20) w art. 107:

- a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje Prezes Funduszu, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Niewydanie opinii w terminie 14 dni jest równoznaczne z akceptacją kandydata na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu albo zgodą na jego odwołanie.”;

- b) w ust. 5 w pkt 8:

– lit. a oraz b otrzymują brzmienie:

- „a) ordynacje osób uprawnionych, o których mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji,
 - b) realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności:
 - zmiany miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
 - dokumentów dotyczących personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z jego kwalifikacjami i czasem jego pracy,
 - dokumentów dotyczących sprzętu i aparatury medycznej,
 - analizy raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawcę,
 - analizy list oczekujących,
 - analizy harmonogramów przyjęć,
 - realizacji obowiązku w zakresie centralnej elektronicznej rejestracji w tym czy termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej został wyznaczony z wykorzystaniem centralnej elektronicznej rejestracji albo stał się takim terminem zgodnie z art. 23g ust. 2,
 - pod względem zgodności z przepisami powszechnie obowiązującymi,”
 - w lit. e kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit f w brzmieniu:
„f) realizację umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji,”;
- 21) w art. 112:
- a) w ust. 1:
 - wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Pracownicy Funduszu nie mogą bez zgody Prezesa Funduszu być jednocześnie:”
 - pkt 2 otrzymuje brzmienie:
„2) właścicielami lub pracownikami aptek związanych z Funduszem umową na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, właścicielami lub pracownikami świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;”;
 - b) uchyla się ust. 2;

22) po art. 132a dodaje się art. 132aa i art. 132ab w brzmieniu:

„Art. 132aa. 1. Osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, może być zatrudniona przez świadczeniodawcę, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jedynie w przypadku, gdy jej łączny wymiar czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – jego równoważnika, u wszystkich zatrudniających ją świadczeniodawców nie przekroczy równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy.

2. Osoba, o której mowa w ust. 1, składa przed zatrudnieniem oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, o łącznym wymiarze czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – jego równoważnika, wynikającego z umów zawartych z zatrudniającymi ją świadczeniodawcami.

3. Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowane w zakładzie leczniczym świadczeniodawcy, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, są udzielane przez osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zatrudnioną na podstawie umowy zawartej przez tę osobę ze świadczeniodawcą w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – równoważnika nie mniej niż połowy wymiaru czasu pracy.

4. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 3, mogą być udzielane przez osobę wykonującą zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w wymiarze mniejszym niż określony w ust. 3, w przypadku gdy jest zatrudniona wyłącznie u jednego świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 3, i przed zatrudnieniem złoży, pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, oświadczenie, że nie jest zatrudniona u innego świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 3.

5. Osoba, o której mowa w ust. 4, składa kolejne oświadczenie, o którym mowa w ust. 4, w terminie 30 dni od dnia zatrudnienia, oraz każdorazowo w terminie 30 dni od upływu kolejnych 6 miesięcy od złożenia poprzedniego oświadczenia. W przypadku niezłożenia oświadczenia zatrudnienie ulega rozwiązaniu z dniem następującym po upływie 30 dni od dnia, w którym powinno nastąpić jego złożenie.

6. Osoba, o której mowa w ust. 3, może być zatrudniona przez kolejnego świadczeniodawcę, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego w celu udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 3, w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – równoważnika nie mniej niż połowy wymiaru czasu pracy oraz pod warunkiem przedłożenia przez tę osobę przed zatrudnieniem zgody kierownika podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 3, na zatrudnienie przez kolejnego świadczeniodawcę. Kierownik podmiotu leczniczego może odmówić zgody wyłącznie w przypadku, gdy jest to uzasadnione niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi tego podmiotu w zakresie udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 3. Odmowa zgody wymaga uzasadnienia na piśmie. Kierownik podmiotu leczniczego zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o wyrażenie zgody. Niezajęcie stanowiska w tym terminie oznacza wyrażenie zgody.

7. Przepisów ust. 3–6 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanie nagłym w czasie pełnienia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

8. W zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości i dostępności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze Prezes Funduszu, na wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na czasowe odstępianie od wymogów określonych w ust. 1–6, na okres nie przekraczający 6 miesięcy, w przypadku braku dostępności osób wykonujących zawód medyczny w danej dziedzinie, lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

9. Świadczenia zdrowotne objęte umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy lub innego aktu, na podstawie którego powstaje stosunek pracy albo stosunek służbowy, zawierających w szczególności:

- 1) określenie rodzaju i liczby wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) określenie stawki godzinowej brutto wynagrodzenia za wykonywanie zadań, o których mowa w pkt 1;
- 3) informację o przekazywaniu danych, o których mowa w art. 31lc ust. 4a i 4b ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Agencji oraz Funduszowi, w celu realizacji ich zadań ustawowych określonych w art. 31n pkt 1, 1a, 2c i 4b–5 i art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

10. Umowa lub inny akt, o których mowa w ust. 3, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, zawierają informacje, o których mowa w ust. 9 oraz dodatkowo liczbę i harmonogram godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 132ab. 1. Stawka godzinowa brutto wynagrodzenia zasadniczego osoby wykonującej zawód medyczny, w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatrudnionej przez świadczeniodawcę, nie może być wyższa niż kwota 1/20 minimalnego wynagrodzenia.

2. Świadczeniodawca może przyznać wynagrodzenie dodatkowe w związku z przysługującymi osobie, o której mowa w ust. 1, dodatkami do wynagrodzenia, ustalonymi do wysokości określonej w ustawie. Przepis ust. 8 stosuje się odpowiednio.

3. Świadczeniodawca może przyznać wynagrodzenie dodatkowe w związku z wykonaniem przez osobę, o której mowa w ust. 1, określonych w umowie zadań innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych.

4. Wynagrodzenie dodatkowe, o którym mowa w ust. 3, jest dopuszczalne w przypadku wykonywania zadań kierowniczych, dydaktycznych, naukowych, organizacyjnych, związanych z nadzorem nad jakością lub koordynacją procesu leczenia.

5. Świadczeniodawca może przyznać wynagrodzenie dodatkowe w związku z wykonaniem przez osobę, o której mowa w ust. 1, określonych w umowie zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku świadczeń wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą pod warunkiem ich odrębnego określenia w umowie oraz odrębnego raportowania.

6. Przepisy ust. 1–5 stosuje się odpowiednio do wynagrodzenia osoby wykonującej zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.

o działalności leczniczej, zatrudnionych na podstawie umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy.

7. Maksymalne wynagrodzenie miesięczne osoby wykonującej zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ustala się jako:

- 1) iloczyn ułamka odpowiadającego wymiarowi czasu pracy, określonego w umowie zawartej ze świadczeniodawcą i kwoty ośmiokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę – w przypadku umowy, na podstawie której powstaje stosunek pracy albo stosunek służbowy,
- 2) iloczyn ułamka odpowiadającego równoważnikowi wymiaru czasu pracy, określonego w umowie zawartej ze świadczeniodawcą i kwoty ośmiokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę – w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy

– przy czym łączna kwota wynagrodzenia pobieranego z tytułu umów zawartych ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem łącznego wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika, o którym mowa w art. 132aa ust. 1, nie może przekroczyć kwoty szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę.

8. W przypadku przyznania wynagrodzenia dodatkowego z tytułu zadań, o których mowa w ust. 3 lub 5, maksymalne wynagrodzenie miesięczne osoby, o której mowa w ust. 7, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie może być wyższe niż:

- 1) iloczyn ułamka odpowiadającego wymiarowi czasu pracy, określonego w umowie zawartej ze świadczeniodawcą i kwoty dwunastokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę – w przypadku umowy, na podstawie której powstaje stosunek pracy albo stosunek służbowy,
- 2) iloczyn ułamka odpowiadającego równoważnikowi wymiaru czasu pracy, określonego w umowie zawartej ze świadczeniodawcą i kwoty dwunastokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę – w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy

– przy czym łączna kwota wynagrodzenia pobieranego z tytułu umów zawartych ze świadczeniodawcami, z uwzględnieniem łącznego wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika, o którym mowa w art. 132aa ust. 1, nie może przekroczyć kwoty szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę.

9. Osoba, o której mowa w ust. 1, składa przed zatrudnieniem oświadczenie, złożone pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, o łącznym maksymalnym miesięcznym wynagrodzeniu z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, określonym w umowach zawartych z zatrudniającymi ją świadczeniodawcami, realizującymi umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

10. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana poinformować kierownika podmiotu leczniczego, będącego zatrudniającym ją świadczeniodawcą, realizującym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o zmianie okoliczności, która ma wpływ na łączne maksymalne wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 9, w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tej zmiany

11. Wynagrodzenie osoby wykonującej zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie może być określone jako stawka procentowa wynagrodzenia świadczeniodawcy z tytułu wykonywania tej umowy.”;

23) w art. 192a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Fundusz może zwrócić się z wnioskiem do:

- 1) świadczeniobiorcy o informację w zakresie udzielonych mu świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) świadczeniodawcy o nieodpłatne udostępnienie dokumentacji medycznej,
- 3) apteki o udostępnienie recept realizowanych w postaci papierowej w celu potwierdzenia realizacji recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne,
- 4) świadczeniodawcy nieposiadającego umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o nieodpłatne udostępnienie:
 - a) dokumentacji medycznej osób, którym udzielone były świadczenia zdrowotne,
 - b) dokumentacji pracowników medycznych, udzielających świadczeń zdrowotnych, obejmującej informacje dotyczące rozkładu czasu pracy

– w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z ustawy.”;

24) art. 193 otrzymuje brzmienie:

„Art. 193. 1. Kto:

- 1) nie zgłasza wymaganych przepisami ustawy danych lub zgłasza nieprawdziwe dane mające wpływ na wymiar składek na ubezpieczenie zdrowotne albo udziela w tych sprawach nieprawdziwych wyjaśnień lub odmawia ich udzielenia,
- 2) nie dokonuje w terminie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego,
- 3) udaremnia lub utrudnia przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji ubezpieczenia zdrowotnego,
- 4) nie odprowadza w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- 5) pobiera nienależne opłaty od ubezpieczonych za świadczenia objęte umową z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 6) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu dostęp świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej,
- 7) uniemożliwia lub ogranicza w poważnym stopniu możliwość zapisywania się na listy oczekujących,
- 8) będąc ubezpieczonym, nie informuje podmiotu właściwego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego o okolicznościach powodujących konieczność zgłoszenia lub wyrejestrowania członka rodziny,
- 9) podaje w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz nieprawdziwe informacje i dane,
- 10) będąc zobowiązanym do udostępnienia Prezesowi Funduszu dokumentacji medycznej w celu realizacji zadań określonych w dziale IIIA odmawia jej udostępnienia,
- 11) będąc kierownikiem podmiotu leczniczego, podejmuje działania prowadzące do naruszenia wymogów wynikających z art. 132aa lub art. 132ab albo nie podejmuje działań niezbędnych dla dopełnienia tych wymogów,
- 12) będąc zobowiązanym do udostępnienia dokumentacji, zgodnie z art. 192a ust. 1 pkt 4, odmawia jej udostępnienia,
- 13) będąc zobowiązanym do przekazywania do SIM danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji, zgodnie z art. 56 ust. 2a ustawy z dnia

28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, niedopełnia tego obowiązku

– podlega karze grzywny.

2. Za wykroczenia określone w ust. 1 pkt 5–7, 9–13 grzywnę wymierza się w wysokości do 30 000 złotych.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581 oraz z 2026 r. poz. 26 i 791) po art. 8 dodaje się art. 8a w brzmieniu:

„Art. 8a. 1. Pacjent ma prawo do niedyskryminującego i równego traktowania.

2. Niedopuszczalne jest odmienne traktowanie pacjentów w dostępie i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie zasad dostępu do tych świadczeń, warunków organizacyjnych ich udzielania, lokalowych i bytowych, w szczególności ze względu na ich sytuację majątkową, wykonywany zawód bądź inne okoliczności niezwiązane ze stanem zdrowia pacjenta lub niewynikające z odrębnych przepisów, a także ze względu na płeć, wiek, przynależność polityczną lub niepełnosprawność.

3. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek podejmować działania w celu realizacji zasady równego traktowania, o której mowa w ust. 1 i 2, w szczególności przez przeciwdziałanie jakimkolwiek formom dyskryminacji pacjentów, ze względów, o których mowa w ust. 2.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156 i 792) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 26:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Podmiot leczniczy może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „zamówieniem” osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, w szczególności lekarzowi, lekarzowi dentyście, pielęgniарce, położnej, fizjoterapeucie lub diagnoście laboratoryjnemu, wykonującemu działalność leczniczą w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej, jako indywidualna praktyka zawodowa lub indywidualna specjalistyczna praktyka zawodowa, wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, zwanej dalej „przyjmującym zamówienie”.”,

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

„1a. Podmiot leczniczy, o którym mowa w ust. 1, zwany dalej „udzielającym zamówienia”, może udzielić zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych podmiotowi leczniczemu, pod warunkiem, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem tego zamówienia będą udzielane wyłącznie w zakładzie leczniczym przyjmującego zamówienie.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Udzielenie zamówienia następuje w trybie konkursu ofert, jeżeli udzielającym zamówienia jest podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.”;

2) w art. 27 wprowadza się następujące zmiany:

a) w ust. 1 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Z przyjmującym zamówienie udzielającym zamówienia zawiera umowę na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony, zwaną „umową o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne”.”,

b) w ust. 4:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) określenie zakresu i liczby świadczeń zdrowotnych;”,

– po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) określenie łącznej liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych;”,

– po 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) określenie równoważnika wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających na podstawie umowy o pracę oraz udzielających zamówienia na świadczenia zdrowotne, który nie może przekroczyć równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy;”.

Art. 4. Umowy pomiędzy świadczeniodawcami a osobami wykonującymi zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 3, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy lub inne akty, na podstawie których powstało ich zatrudnienie przed tym dniem niespełniające warunków określonych w art. 132aa lub w art. 132ab ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, oraz określonych w art. 26 lub art. 27 ustawy zmienianej w art. 3, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wygasają z dniem 31 grudnia 2026 r.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Melanie Raczek-Żeromska

Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Uzasadnienie

I. Regulacje dotyczące zasad zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego

Najistotniejszą zmianą o charakterze systemowym wprowadzaną w projektowanej ustawie jest uregulowanie zasad zatrudniania i wynagradzania osób wykonujących zawody medyczne, zwanych dalej „pracownikami medycznymi”, w zakresie, w jakim osoby te uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców związanych umowami o udzielanie takich świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „NFZ”.

Jednym z głównych problemów polskiego systemu opieki zdrowotnej i istotnym źródłem dysfunkcji tego systemu są ograniczone zasoby kadrowe. Zgodnie z najnowszym raportem Komisji Europejskiej „State of Health in the EU – Poland – Country Health Profile 2025” Rzeczypospolita Polska znajduje się w grupie państw członkowskich Unii Europejskiej o najniższym wskaźniku liczby lekarzy (6 miejsce od końca) i pielęgniarek (4 miejsce od końca) w przeliczeniu na 1000 mieszkańców.

Taki stan rzeczy prowadzi do patologicznych zjawisk, mających swoje źródło w dysproporcji pozycji negocjacyjnej pracowników medycznych (przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek) i świadczeniodawców opieki zdrowotnej, na niekorzyść tych ostatnich. Powszechną cechą polskiego systemu opieki zdrowotnej stało się zjawisko zatrudniania pracowników medycznych w wielu podmiotach leczniczych jednocześnie, na niewielką część etatu/równoważnika etatu oraz zjawisko wzajemnego przelicytowywania się świadczeniodawców w poszukiwaniu brakujących kadr medycznych. Prowadzi to nie tylko do niekontrolowanego wzrostu wysokości stawek oferowanych pracownikom medycznym (w tym zwłaszcza lekarzom z poszukiwanymi specjalizacjami zatrudnianym na podstawie umów cywilnoprawnych, niejednokrotnie u wielu świadczeniodawców jednocześnie, w niewielkim wymiarze czasu pracy), ale jednocześnie pociąga za sobą także negatywne konsekwencje z punktu widzenia zapewniania ciągłości opieki nad pacjentem oraz jego bezpieczeństwa.

Powyższa sytuacja wymaga pilnej interwencji ustawodawcy, zmierzającej do uregulowania zasad zatrudniania pracowników medycznych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów z NFZ, w celu ograniczenia dalszej inflacji kosztów tych świadczeń, jako pochodnej niekontrolowanego wzrostu

wysokości wynagrodzeń pracowników medycznych, jak również w celu poprawy jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt przewiduje wprowadzenie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, nowego artykułu 132aa, zawierającego szereg regulacji określających zasady zatrudniania pracowników medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, zarówno w ramach stosunku pracy jak i na podstawie umów cywilnoprawnych.

W art. 132aa ust. 1 wprowadzono ograniczenie maksymalnego łącznego wymiaru czasu pracy pracownika medycznego u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców, który nie będzie mógł przekraczać równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika. Jednocześnie w ust. 2 wprowadzono obowiązek składania przez pracownika medycznego, przed podjęciem zatrudnienia u danego świadczeniodawcy, oświadczenia o łącznym wymiarze czasu pracy u wszystkich zatrudniających go świadczeniodawców, pod rygorem odpowiedzialności karnej.

W art. 132aa ust. 3 wprowadzono zasadę, że świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, u świadczeniodawcy mającego umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, mogą być udzielane przez pracownika medycznego w wymiarze nie mniejszym niż połowa wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika. Tym samym określa się minimalny wymiar zatrudnienia przy udzielaniu świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (w poradniach przyszpitalnych). Natomiast w ust. 4 wprowadzono wyjątek od powyższego wymogu dotyczącego minimalnego wymiaru zatrudnienia, w odniesieniu do pracowników medycznych zatrudnionych wyłącznie u jednego świadczeniodawcy, pod warunkiem złożenia pod rygorem odpowiedzialności karnej oświadczenia, że pracownik medyczny nie jest zatrudniony u innego świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 3. Jednocześnie w ust. 5 ustanowiono obowiązek odnawiania takiego oświadczenia, w terminie 30 dni od dnia zatrudnienia, oraz każdorazowo w terminie 30 dni od upływu kolejnych 6 miesięcy od złożenia poprzedniego oświadczenia, pod rygorem rozwiązania zatrudnienia.

W art. 132aa ust. 6 zawarto przepis uzależniający możliwość zatrudnienia pracownika medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, u świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ w

zakresie leczenia szpitalnego, przez innego takiego świadczeniodawcę, od uzyskania zgody pierwszego świadczeniodawcy i jednocześnie dopuszczający takie kolejne zatrudnienie jedynie w wymiarze co najmniej połowy wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika. Przy czym dla zabezpieczenia interesu osoby wykonującej zawód medyczny wprowadza się tryb, zgodnie z którym kierownik podmiotu leczniczego będzie mógł odmówić zgody wyłącznie w przypadku, gdy będzie to uzasadnione niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi tego podmiotu w zakresie udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 3. Odmowa zgody będzie wymagała uzasadnienia na piśmie. Kierownik podmiotu leczniczego będzie obowiązany zająć stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o wyrażenie zgody - niezajęcie stanowiska w tym terminie będzie oznaczało wyrażenie zgody.

Proponowany mechanizm warunkowego nawiązywania u kolejnego świadczeniodawcy zatrudnienia przez osobę wykonującą zawód medyczny jest uzasadniony koniecznością zabezpieczenia potrzeb kadrowych świadczeniodawców, u których dana osoba jest już zatrudniona. Znaczne rozproszenie aktywności zawodowych osób wykonujących zawody medyczne pomiędzy różnych świadczeniodawców w sposób istotny wpływa na jakość sprawowanej opieki medycznej nad pacjentami leczonymi w zakładzie leczniczym danego świadczeniodawcy. Regularna i znaczna w skali miesiąca lub tygodnia rotacja personelu medycznego, wynikająca z polityki zatrudnienia medyków jedynie w wymiarze częściowych etatów (lub ich równoważników – w przypadku umów na podstawie innej niż stosunek pracy), utrudnia, a czasami nawet wręcz uniemożliwia, holistyczne realizowanie procesu leczniczego niezbędnego dla konkretnego pacjenta. Często zmieniający się personel medyczny musi zapoznawać się z postępami w procesie leczenia, w tym z udzielonym przez inne osoby świadczeniami opieki zdrowotnej, co w warunkach presji czasowej i obniżonej jakości sporządzania dokumentacji medycznej w danym zakładzie leczniczym, sprawdza na pacjentów zbędne ryzyko błędów medycznych. Tymczasem osoba wykonująca zawód medyczny, zatrudniona w odpowiednim wymiarze czasu pracy, ma zapewnioną możliwość poznania danego przypadku chorobowego i całościowego partycypowania w procesie leczniczym. Współdzielenie zadań z mniejszą liczbą osób współpracujących w ramach zakładu leczniczego danego świadczeniodawcy sprzyja ponadto rzetelnej i skutecznej wymianie informacji i synchronizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez różnych medyków. Ochrona wartości prawnych, jakimi są życie i zdrowie człowieka, uzasadnia zatem nawiązywanie kolejnych stosunków zatrudnieniowych przez osobę wykonującą zawód medyczny od uzyskania zgody od wszystkich zatrudniających ją świadczeniodawców. Dopiero

potwierdzenie przez nich, że dana osoba deklarującą gotowość pracy u kolejnego świadczeniodawcy, nie jest potrzebna do zaspokojenie potrzeb kadrowych związanych z udzielaniem pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej, pozwoli na racjonalną alokację możliwości czasowych i siłowych danego medyka.

W art. 132aa ust. 7 wprowadzono wyjątek od wymogów zawartych w ust. 3–6, które nie będą miały zastosowania do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w stanach nagłych, w czasie pełnienia dyżuru medycznego.

Natomiast w art. 132aa ust. 8 wprowadzono możliwość wyrażenia zgody na czasowe odstąpienie od wymogów określonych w 1–6 przez Prezesa NFZ, w przypadku braku dostępności pracowników medycznych w danej dziedzinie lub potrzeby zabezpieczenia dyżuru medycznego.

W art. 132aa ust. 9 i 10 określono wymogi dotyczące minimalnej zawartości umów, na podstawie których są zatrudnieni pracownicy medyczni udzielający świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ. Wszystkie takie umowy będą obligatoryjnie określać rodzaj i liczbę wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej oraz stawki godzinowe wynagrodzenia brutto z tytułu wykonywania tych zadań. Ponadto w przypadku umów innych niż umowa o pracę wymagane będzie także określenie liczby i harmonogramu godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Celem powyższych rozwiązań jest zagwarantowanie, że pracownicy medyczni (w szczególności lekarze i pielęgniarki pracujący w oddziałach szpitalnych i poradniach przyszpitalnych) będą związani z jednym podstawowym miejscem pracy, co z jednej strony zagwarantuje odpowiednią opiekę pacjentom tych jednostek, a jednocześnie proponowane rozwiązania ograniczą presję płacową wywieraną przez tę grupę zawodową na świadczeniodawców opieki zdrowotnej, w związku z możliwością nieograniczonej migracji do innych podmiotów leczniczych oraz negocjowania warunków płacowych przez podmioty pośredniczące w zatrudnianiu pracowników medycznych. Obligatoryjne uszczegółowienie zawieranych umów z pracownikami medycznymi poprawi możliwość kontroli nad realizacją powierzanych im zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych umowami z NFZ.

Projektowana ustawa zawiera również szereg regulacji zmierzających do ograniczenia wysokości środków NFZ przeznaczanych na pokrycie kosztów wynagrodzeń pracowników

medycznych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zawarto w nowym artykule 132ab ustawy o świadczeniach.

W art. 132ab ust. 1 wprowadzono limit wysokości wynagrodzenia pracowników medycznych zatrudnionych na podstawie umów o pracę jak i umów cywilnoprawnych, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, w postaci maksymalnej stawki godzinowej, w wysokości 1/20 minimalnego wynagrodzenia. Jednocześnie świadczeniodawca będzie mógł przyznać takiej osobie wynagrodzenie dodatkowe w związku z przysługującymi jej dodatkami do wynagrodzenia, których wysokość wynika z ustawy lub w związku z wykonaniem określonych w umowie zadań innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych, a także w przypadku zadań kierowniczych, dydaktycznych, naukowych, organizacyjnych, związanych z nadzorem nad jakością lub koordynacją procesu leczenia. W wyjątkowych przypadkach wynagrodzenie dodatkowe, przekraczające maksymalną stawkę godzinową, będzie mogło zostać przyznane także w związku z wykonaniem przez pracownika medycznego określonych w umowie zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w przypadkach wymagających szczególnych umiejętności lub ponadstandardowego obciążenia pracą.

Art. 132ab ust. 7 określa maksymalne wynagrodzenie miesięczne z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ, zarówno w ramach umów o pracę jak i umów cywilnoprawnych, w wysokości iloczynu ułamka odpowiadającego wymiarowi czasu pracy/ równoważnika, określonego w umowie zawartej ze świadczeniodawcą i kwoty ośmiokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę – przy założeniu wykonywania pracy w wymiarze równym równoważnikowi dwóch pełnych etatów.

W art. 132ab ust. 8 określono maksymalny limit wynagrodzenia w przypadku przyznania wynagrodzenia dodatkowego z tytułu zadań określonych w ust. 3 lub 5.

W art. 132ab ust. 11 wprowadzono bezwzględny zakaz określania wynagrodzenia pracownika medycznego z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jako stawki procentowej kwoty uzyskiwanej przez świadczeniodawcę od NFZ z tytułu realizacji tej umowy.

Celem powyższych rozwiązań legislacyjnych jest:

- wyeliminowanie szkodliwej praktyki, w sposób nieuzasadniony prowadzącej do automatycznego wzrostu wynagrodzenia pracowników medycznych w konsekwencji każdorazowego podniesienia wyceny świadczeń,

- powstrzymanie spirali płacowej w publicznej opiece zdrowotnej, powodującej zadłużanie się podmiotów leczniczych oraz zwiększający deficyt w finansach NFZ,
- zwiększenie liczby możliwych do sfinansowania przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach ograniczonych środków pozostających w jego dyspozycji.

II. Regulacje dotyczące kompetencji kontrolnych NFZ

Obecne brzmienie przepisów art. 48e ustawy o świadczeniach prowadzi do powstania rozbieżności interpretacyjnych w zakresie organu właściwego do wykonywania czynności kontrolnych wobec świadczeniodawców realizujących programy pilotażowe, w szczególności w zakresie kontroli prawidłowości realizowania i rozliczania programów pilotażowych, na co zwróciła uwagę Wielkopolska Delegatura Najwyższej Izby Kontroli w Poznaniu w toku kontroli nr P/25/078 pn. Środowiskowa opieka psychiatryczna dla osób dorosłych. Powyższe uzasadnia podjęcie inicjatywy ustawodawczej zmierzającej do doprecyzowania przepisów ustawy poprzez jednoznaczne określenie zakresu kompetencji kontrolnych NFZ wobec programów pilotażowych, co zapewni spójność regulacji ustawowych oraz jednoznaczne określenie organu właściwego do wykonywania czynności kontrolnych programów pilotażowych.

Projektowany art. 61a ust. 1a przewiduje nowy obszar kompetencyjny NFZ, dotyczący możliwości poddawania ocenie nie tylko zasadności środków, które NFZ wydatkował pod postacią refundacji świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do świadczeniodawców albo leków, wyrobów medycznych i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w odniesieniu do aptek ogólnodostępnych, ale również sposobu wykorzystania tych środków. Zasadniczą ideą refundacji ze środków publicznych przyjętą w polskim systemie ochrony zdrowia jest zwrot kosztów poniesionych przez kontrahenta NFZ, który podejmuje decyzję o zawarciu cywilnoprawnej umowy, na mocy której udziela świadczeń na rzecz osoby trzeciej – świadczeniobiorcy. Z uwagi na powyższą konstrukcję, dla NFZ nie jest obojętny sposób zarządzania uzyskanymi środkami finansowymi, niektóre bowiem praktyki mogą ujawniać zdolność do wypracowywania daleko idących w swej skali zysków, co przeczy powyższej idei zwrotu kosztów. Takie ustalenie z kolei zarówno w relacji do świadczeniodawcy czy apteki może obnażać funkcjonowanie niepożądaney praktyki jak przykładowo upcoding u świadczeniodawcy, czy też zawyżania kosztów sporządzania leków recepturowych w aptekach ogólnodostępnych. Projektowany przepis dotyczący kontroli prawidłowości wykorzystania środków publicznych zgodnie z przepisami prawa i

wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu, umożliwi również zapewnienie skutecznego nadzoru nad sposobem wydatkowania środków w zakresie wydatków przeznaczanych na wynagrodzenia. Projektowane rozwiązania przewidujące limity wynagrodzeń, wymagają zapewnienia Prezesowi NFZ odpowiednich instrumentów kontrolnych umożliwiających przestrzeganie tych regulacji.

Projektowany art. 61ba ma na celu wyjście naprzeciw zdefiniowanemu w systemie ochrony zdrowia niepożądanym zjawiskom nadmiernego, a czasem fikcyjnego zaangażowania pracowników medycznych, którzy funkcjonują zarówno w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jak również w sektorze komercyjnym. Warunkiem koniecznym zbadania i dokonania oceny tych zjawisk jest stworzenie podstaw prawnych do pozyskiwania źródeł dowodowych od podmiotów leczniczych posiadających umowę o udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz równocześnie udzielających świadczeń zdrowotnych w sektorze komercyjnym, co umożliwi NFZ weryfikację rzeczywistej dostępności osób wykonujących zawody medyczne w ramach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Formułowanie wniosków wyłącznie w obszarze potencjału zgłoszonego do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, bez wiedzy o aktywności zawodowej poza systemem, nie stwarza możliwości ustalenia pełnego obrazu, rzeczywistej i racjonalnej dostępności pracownika medycznego w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zmiana ta wynika z konieczności zapewnienia odpowiedniego standardu bezpieczeństwa świadczeniobiorców, którego istotnym wyznacznikiem jest dostępność personelu medycznego w określonej komórce organizacyjnej podmiotu leczniczego, w szczególności szpitala.

Projektowany art. 61d ust. 5a przewiduje zrównanie rozwiązań proceduralnych z przyjętymi w ustawie z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2025 r. poz. 1480, z późn. zm.) przez wprowadzenie możliwości zrealizowania ponownej kontroli, w sytuacji gdyby pierwsze postępowanie kontrolne było dotknięte istotną wadą prawną. Powyższe staje się uzasadnione w obliczu konieczności ochrony adresatów kontroli – świadczeniodawców, aptek ogólnodostępnych, osób uprawnionych do ordynacji produktów refundowanych oraz podmiotów realizujących świadczenia związane z przeciwdziałaniem Covid-19, przed sytuacją, w której wadliwa prawnie kontrola ma charakter niewzruszalny. Przepis przewiduje bardzo precyzyjne przesłanki, które wykluczają uznaniowość w przypadku uzasadnienia do ich stosowania.

Projektowany przepis art. 61e ust. 2 ustawy przewiduje stworzenie podstaw prawnych do kształtowania zespołów kontrolerskich, z udziałem osób posiadających pożądane kwalifikacje, wykonujących czynności w ramach umów cywilnoprawnych, a nie wyłącznie pozostających w stosunku pracy. Powyższe rozwiązanie przyczyni się do zwiększenia efektywności kontroli, ponieważ umożliwi zawieranie umów cywilnoprawnych z osobami mającymi wykształcenie lub umiejętności niezbędne z perspektywy potrzeb określonego postępowania kontrolnego, a nie stałego funkcjonowania Departamentu Kontroli NFZ. Niektóre postępowania kontrolne mogą dotyczyć wyspecjalizowanych obszarów świadczeń zdrowotnych lub usług farmaceutycznych, co może wymagać powołania zespołu kontrolującego z udziałem osoby posiadającej szczególne kompetencje, wiedzę lub doświadczenie. Nie zawsze możliwe jest pozyskanie takich specjalistów w ramach zatrudnienia etatowego, dlatego zasadne jest stworzenie podstaw prawnych umożliwiających ich zaangażowanie również na podstawie umów cywilnoprawnych. W przypadku osób, o których mowa w tym przepisie, źródłem uprawnienia do realizacji czynności kontrolnych każdorazowo będzie upoważnienie do kontroli udzielone przez Prezesa NFZ, a nie sama umowa cywilnoprawna.

Celem art. 61g ust. 1 jest ujednolicenie zasad inicjacji kontroli, a zatem przedstawianie zawiadomienia najpóźniej w chwili jej rozpoczęcia, bez względu na status prawny uczestnika systemu ochrony zdrowia, który jest adresatem kontroli oraz bez względu na zakres przedmiotowy kontroli. Jedynie taki sposób rozpoczęcia procesu kontrolnego stanowi gwarancję obiektywnych ustaleń. Projektowany przepis posługuje się terminem „najpóźniej”, co wyznacza jedynie końcową granicę zawiadomienia. Tym samym zawiadomienie może zostać dokonane nie tylko w chwili rozpoczęcia kontroli, ale również we wcześniejszym terminie.

Przepis art. 61j ust. 2 przewiduje zracjonalizowanie i uproszczenie zasad zapoznawania się z dokumentacją medyczną, stanowiącą źródło dowodowe w postępowaniach kontrolnych dotyczących świadczeń zdrowotnych udzielonych w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Projektowane rozwiązanie obejmie przypadki, w których ustalenia dokonywane na podstawie dokumentacji nie wymagają wiedzy specjalistycznej i oceny medycznej, lecz jedynie stwierdzenia faktów wynikających z jej treści, w szczególności weryfikację dokumentacji wyłącznie pod względem formalnym, w zakresie rygorów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U.

z 2020 r. poz. 666). W zakresie weryfikacji postępowania diagnostyczno-terapeutycznego obowiązuje regulacja art. 61j ust. 3 ustawy, która przewiduje rygory dotyczące wykształcenia medycznego lub wykonywania zawodu medycznego przez pracownika NFZ, który wyprowadza wnioski z analizy dokumentacji medycznej. Powyższa zmiana przyczyni się do zwiększenia możliwości bardziej efektywnego wykorzystywania potencjału pracowników NFZ w zakresie badania i wyprowadzania wniosków z ww. dokumentacji.

Projektowany przepis art. 61o ust. 4 realizuje postulat zwiększenia wiarygodności pozyskiwanych w trybie wyjaśnień dowodów, które w związku z wprowadzonym rygorem odpowiedzialności karnej przyczynią się do realizacji w procesie kontroli zasady prawdy obiektywnej. Wyjaśnienia podmiotów kontrolowanych są bardzo istotnym źródłem dowodowym w praktyce kontrolnej NFZ, stąd konieczność wzmocnienia ich autentyczności. Rozwiązanie to wzorowane jest na analogicznej regulacji zawartej w przepisie art. 46 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623). Brzmienie oświadczenia zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, a zatem jest to regulacja wypełniająca dyspozycje przepisu art. 233 § 6 Kodeksu karnego.

Projektowany art. 61v ust. 1 pkt 4 realizuje nową przesłankę uprawniającą NFZ do inicjacji kontroli na podstawie legitymacji kontrolerskiej zorientowanej na prewencję przed nierównym i uprzywilejowanym traktowaniem świadczeniobiorców w zakresie dostępu do świadczeń gwarantowanych. Przepis ten stwarza możliwość reakcji wobec sytuacji, gdy kryteria inne niż medyczne determinują uzasadnienie lub czas realizacji interwencji medycznej w odróżnieniu od innych świadczeniobiorców.

Projektowany przepis art. 61w ust. 1 ustawy o świadczeniach wpisuje się w konstrukcję działu IIIA ustawy, która reguluje wyłącznie kompetencje Prezesa NFZ w zakresie aktywności kontrolnej publicznego płatnika świadczeń. Z tego względu zasadne jest przyznanie uprawnienia do realizacji czynności sprawdzających temu samemu organowi NFZ. Skupienie kompetencji do prowadzenia czynności sprawdzających u Prezesa NFZ przyczyni się do realizacji tego uprawnienia jednolicie i spójnie wobec wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia na terenie całego kraju. Powyższe spowoduje, że adresaci czynności sprawdzających bez względu na województwo, w którym udzielają świadczeń zdrowotnych, będą mieli prowadzone postępowanie wedle jednolitej metodyki i tożsamyh kryteriów ocen.

Zmiany w art. 61y dotyczące zasad prowadzenia egzaminu kontrolerskiego wynikają z ewolucji korpusu kontrolerskiego NFZ, która została ukształtowana na podstawie wyników egzaminów przez ostatnie 6 lat. Zmiana umożliwi Prezesowi NFZ elastyczne podejście do organizacji egzaminu kontrolerskiego, zgodne z potrzebami kadrowymi komórki organizacyjnej realizującej zadania kontrolne. Prezes będzie mógł również określać limit osób, które mogą zostać powołane w danym roku w każdej wewnętrznej komórce w komórce organizacyjnej NFZ, która prowadzi kontrolę. Kolejność powoływania uzależniona będzie od wyniku egzaminu kwalifikacyjnego, co jest kryterium obiektywnym i jakościowym. Osoby, które złożyły z wynikiem pozytywnym egzamin kwalifikacyjny i z uwagi na limit miejsc w danym roku nie zostały powołane na stanowisko kontrolera, w kolejnych latach powoływane będą w pierwszej kolejności w ramach określonego limitu. Zmiana reguł egzaminu kontrolerskiego przyczyni się do dynamicznego rozwoju formacji korpusu kontrolerskiego, będzie bowiem uwzględniał potrzeby kadrowe komórki organizacyjnej realizującej zadania kontrolne, a także zwiększy elastyczność Prezesa NFZ w zakresie określania limitów i terminów egzaminu.

Projektowana zmiana art. 107 ust. 2 ma na celu zapewnienie spójności w strukturze NFZ przez powierzenie Prezesowi NFZ kompetencji do powoływania i odwoływania dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dalej jako: „OW”. OW NFZ wykonują zadania NFZ na obszarze właściwości miejscowej. Dyrektor OW NFZ realizuje zadania przypisane NFZ, działa w ramach jego struktury organizacyjnej oraz podlega Prezesowi NFZ, który odpowiada za całokształt działalności NFZ. Konsekwencją tej zależności organizacyjnej powinno być powiązanie odpowiedzialności za funkcjonowanie NFZ z kompetencjami kadrowymi dotyczącymi dyrektorów OW NFZ, co umożliwi scentralizowanie polityki kadrowej w rękach organu odpowiedzialnego za funkcjonowanie całej instytucji oraz realizację jej ustawowych zadań, a także wzmocni przejrzystość odpowiedzialności za funkcjonowanie całego NFZ.

Art. 102 ust 5 pkt 16 oraz art. 106 ust. 1 pkt 12 mają charakter porządkujący i doprecyzowujący, a ich celem jest zapewnienie spójności regulacji.

Zmiana przepisu art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy ma charakter porządkujący i precyzujący dotychczasowe zapisy regulujące, w jakich obszarach dyrektorzy oddziałów wojewódzkich mogą realizować monitorowanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, co przyczyni się do jednolitości postępowania w skali całego kraju. Projektowany przepis art. 107 ust. 5 pkt 8 wskazuje jakie aspekty realizacji umowy o udzielanie świadczeń mogą być przedmiotem

monitorowania na poziomie dyrektora OW NFZ, które stanowi uzupełniającą prerogatywę kontrolną Prezesa NFZ. W ramach powyższego przepisu kompetencję monitorowania rozciągnięto również na realizację zawieranych z podmiotami prowadzącymi apteki ogólnodostępne umów na wydawania produktów refundowanych, a także na ordynację osób uprawnionych do preskrypcji produktów refundowanych.

Nowe brzmienie przepisu art. 112 ma na celu stworzenie mechanizmów prawnych umożliwiających NFZ pozyskiwanie pracowników o wymaganych wysokich kompetencjach, w szczególności pracowników z wykształceniem medycznym, co z uwagi na obowiązujące ograniczenia w tym zakresie, ma wpływ na realizację zadań kontrolnych realizowanych przez NFZ. Modyfikacja obejmuje art. 112 ust. 1 przez uposażenie Prezesa NFZ w kompetencje dokonywania krytycznej oceny i wyrażania zgody albo jej odmowy w stosunku do pracownika, który ma inne aktywności zawodowe w obszarze sektora ochrony zdrowia. Wprowadzenie powyższych zmian umożliwi pracownikom NFZ, w tym z wykształceniem medycznym, podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub działalności gospodarczej w zakresie niekolidującym z zadaniami realizowanymi w NFZ oraz nietworzącym konfliktu interesów. Stworzenie możliwości pracy w NFZ i uzyskiwania jednocześnie dochodów na rynku pracy w ramach innej aktywności zawodowej, przyczyni się do zwiększenia konkurencyjności NFZ jako pracodawcy.

Projektowany przepis art. 192a ust. 1 wprowadza obowiązek udostępniania dokumentacji medycznej oraz dokumentacji pracowników medycznych przez świadczeniodawców, którzy nie posiadają umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na fakt przenikania się w praktyce sektora publicznego z komercyjnym i wzajemnego oddziaływania. Przykładem może być dokumentacja medyczna wytworzona na okoliczność komercyjnej porady, z której wynikać będzie uzasadnienie do preskrypcji lekarskiej recepty z poziomem odpłatności skutkującym refundacją ze strony NFZ. Aspekt dokumentacji pracowniczej realizuje postulat weryfikacji rzeczywistej dostępności personelu w ramach umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, którzy jednocześnie udzielają świadczeń w sektorze komercyjnym.

III. Pozostałe zmiany w ustawie o świadczeniach

Projektowana ustawa wprowadza także zmiany w przepisach regulujących proces taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, które pozwolą na szybsze reagowanie na zmieniające się uwarunkowania związane z kosztami udzielania świadczeń oraz ograniczy ryzyko utrzymywania przez dłuższy czas taryf, które nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów ich

realizacji. Dotyczy to w szczególności przypadków, w których informacje pochodzące od świadczeniodawców, NFZ, organów administracji publicznej lub wyniki analiz wskazują na istotne niedoszacowanie lub przeszacowanie wartości taryfy świadczeń.

Przyznanie Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwanej dalej „Agencją”, kompetencji do inicjowania zmiany taryf poza planem taryfikacji zwiększy elastyczność systemu taryfikacji i umożliwi podejmowanie działań w oparciu o aktualne dane oraz rzeczywiste potrzeby systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie rozwiązanie to nie oznacza automatycznej zmiany taryfy, lecz jedynie umożliwia wszczęcie postępowania taryfikacyjnego, które będzie prowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami, z zachowaniem wymaganych procedur oraz standardów analitycznych.

Kolejna zmiana dotyczy ograniczenia zawartości raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń. Proponowane rozwiązanie ma na celu ograniczenie elementów, które nie mają bezpośredniego wpływu na wybór metody ustalenia taryfy ani na jej wysokość. Pozwoli to skoncentrować prace analityczne na danych kosztowych, podaży i popycie, skutkach finansowych oraz wpływie projektowanej taryfy na strukturę udzielanych świadczeń. W odniesieniu do opisu świadczenia i danych epidemiologicznych należy zauważyć, że informacje te są w znacznej części analizowane już na etapie kwalifikacji świadczenia do wykazu świadczeń gwarantowanych. Ich ponowne, przekrojowe opracowywanie w ramach każdego postępowania taryfikacyjnego prowadzi więc do dublowania wcześniej wykonanych analiz. Rezygnacja z pełnego opisu nie oznaczała pominięcia kontekstu klinicznego i epidemiologicznego. W raporcie można pozostawić zwięzłą charakterystykę przedmiotu taryfikacji oraz odesłanie do dokumentacji sporządzonej na etapie kwalifikacji świadczenia do koszyka świadczeń gwarantowanych. Pogłębiona analiza epidemiologiczna byłaby przygotowywana w przypadkach, w których od czasu kwalifikacji nastąpiła istotna zmiana zapadalności, chorobowości, śmiertelności, sposobu leczenia albo populacji objętej świadczeniem, mogąca mieć znaczenie dla ustalenia taryfy. Podobne zastrzeżenia dotyczą obligatoryjnej analizy sposobu i poziomu finansowania świadczenia w innych krajach. Bezpośrednia porównywalność takich danych jest ograniczona ze względu na różnice w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, organizacji systemów ochrony zdrowia, jednostkach i mechanizmach rozliczeniowych, sposobie uwzględniania kosztów pośrednich, dopłatach pacjentów, poziomie wynagrodzeń i cen, a także stosowanych kursach walut i parytetach siły nabywczej. Kwoty finansowania zagranicznego rzadko mogą być zatem

bezpośrednio wykorzystane do ustalenia taryfy w warunkach polskiego systemu. Zasadne jest zatem, aby analiza rozwiązań zagranicznych miała charakter fakultatywny i była sporządzana tylko o ile dostępne dane są wiarygodne i porównywalne a sposób finansowania świadczenia w innym kraju może mieć rzeczywiste znaczenie dla ustalenia taryfy. Proponowana zmiana pozwoli lepiej dostosować zakres prowadzonych analiz do celu postępowania taryfikacyjnego, zgodnie z zasadą proporcjonalności, oraz ograniczyć powtarzanie informacji, które są dostępne w innych dokumentach systemu ochrony zdrowia.

Kolejna zmiana ma na celu przyznanie Agencji uprawnienia do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów w podmiotach leczniczych, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045). Jest to uzasadnione koniecznością zapewnienia jednolitego i prawidłowego stosowania standardu rachunku kosztów, który stanowi podstawowe narzędzie pozyskiwania wiarygodnych danych o kosztach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Dane te są wykorzystywane zarówno przez podmioty lecznicze do zarządzania swoją działalnością, jak i przez Agencję w procesie taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych analizach. Jakość, kompletność i porównywalność danych kosztowych mają bezpośredni wpływ na rzetelność analiz ekonomicznych oraz adekwatność ustalanych taryf świadczeń. Potrzeba wyposażenia Agencji w kompetencje do weryfikacji wdrożenia standardu rachunku kosztów wynika również z faktu, że standard ten obowiązuje świadczeniodawców od pięciu lat, a podmioty lecznicze miały odpowiednio długi okres na dostosowanie swoich systemów ewidencji kosztów i procesów organizacyjnych do wymogów określonych w przepisach. W tym czasie Agencja realizowała szeroko zakrojone działania wspierające wdrożenie standardu rachunku kosztów, obejmujące organizację szkoleń, webinarów i konsultacji, opracowywanie materiałów instruktażowych, wyjaśnień i odpowiedzi na najczęściej pojawiające się pytania, publikowanie dobrych praktyk oraz bieżące wsparcie merytoryczne dla świadczeniodawców. Działania te miały na celu nie tylko ułatwienie wdrożenia nowych rozwiązań, ale również wypracowanie jednolitego sposobu stosowania standardu rachunku kosztów w całym systemie publicznej ochrony zdrowia. Prawidłowo prowadzony rachunek kosztów stanowi istotne narzędzie zarządcze, umożliwiające efektywne planowanie działalności, monitorowanie kosztów, ocenę rentowności poszczególnych rodzajów działalności, racjonalizację wykorzystania zasobów oraz podejmowanie decyzji opartych na rzetelnych danych finansowych. Jednocześnie zapewnia wiarygodne informacje niezbędne do prowadzenia

procesu taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej, co przekłada się na większą adekwatność ich finansowania i bardziej efektywne gospodarowanie środkami publicznymi. Nadanie Agencji kompetencji weryfikacyjnych przyczyni się do ujednolicenia stosowania standardu rachunku kosztów, poprawy jakości i porównywalności danych kosztowych oraz zwiększenia transparentności procesu taryfikacji. W konsekwencji wpłynie na poprawę jakości zarządzania w podmiotach leczniczych, zwiększenie efektywności wykorzystania środków publicznych oraz wzmocnienie podstaw analitycznych służących podejmowaniu decyzji w systemie ochrony zdrowia.

Istotnym elementem projektowanych rozwiązań jest również możliwość zastosowania, w przypadkach stwierdzenia rażących naruszeń zasad prowadzenia rachunku kosztów, sankcji w postaci kary umownej nakładanej na świadczeniodawcę przez Prezesa NFZ. Rozwiązanie takie ma charakter ostateczny i będzie stosowane przede wszystkim wobec podmiotów, które pomimo wieloletniego obowiązywania standardu rachunku kosztów, zapewnionego okresu dostosowawczego oraz szerokiego wsparcia merytorycznego oferowanego przez Agencję nie wdrożyły wymaganych rozwiązań przynajmniej w podstawowym zakresie.

W projektowanej ustawie proponuje się również zmianę art. 193 ustawy o świadczeniach, polegającą na dodaniu normy sankcjonującej dla przypadków naruszenia obowiązków i ograniczeń nakładanych na podmioty lecznicze w zakresie zasad zatrudniania i wynagradzania oraz przekazywania NFZ określonych danych. Dotychczasowy art. 193 ustawy o świadczeniach stanie się ustępem 1, do którego dodaje się w tym celu pkt 8–11. Ponadto, obowiązki realizowane przez kierownika podmiotu leczniczego zostaną zabezpieczone sankcją grzywny do wysokości 30.000 zł (dodawany w art. 193 ustawy o świadczeniach ustęp 2). Kwalifikacja sankcji za wykroczenia wobec tych obowiązków jest uzasadniona względami proporcjonalności - wartości życia i zdrowia ludzkiego są zabezpieczone na gruncie ustawy z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2025 r. poz. 734 ze zm.) sankcją grzywny do kwoty 30.000 zł (zob. art. 24 ust. 2 Kodeksu wykroczeń) - co uzasadnia analogiczne zabezpieczenie realizacji obowiązków nakładanych przez ustawę o świadczeniach na kierowników podmiotów leczniczych, a uzasadnionych przez ochronę tych samych wartości prawnych.

Zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156, z późn. zm.)

Obecnie częstym zjawiskiem jest tzw. leasing pracowniczy. Podmioty lecznicze, głównie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej udzielają zamówień na świadczenia zdrowotne, na podstawie przepisów art. 26–27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej innym podmiotom leczniczym, głównie spółkom, które zapewniają wyłącznie pracowników (osoby wykonujące zawody medyczne). Podmioty te (przyjmujące zamówienie) formalnie są podmiotami leczniczymi, choć nie wykonują działalności leczniczej; faktycznie są pośrednikami zatrudnienia. Rozwiązanie to pozwala na ominięcie przepisów dotyczących pracy. Jeżeli stroną umowy jest osoba (fizyczna), np. lekarz wówczas łatwiej zidentyfikować jego łączny czas pracy. W przypadku gdy podwykonawcą jest osoba prawna (spółka kapitałowa) – ograniczenia dotyczące czasu pracy jej nie obowiązują.

W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej proponuje się wprowadzenie zmian w zakresie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z przedkładanymi propozycjami stronami tej umowy będą podmiot leczniczy (niezależnie od formy prawnej oraz formy własności), także podmioty lecznicze, które nie udzielają świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (udzielający zamówienia) oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, w szczególności lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta lub diagnosta laboratoryjny, wykonujący działalność leczniczą w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej, jako indywidualna praktyka zawodowa lub indywidualna specjalistyczna praktyka zawodowa, wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, zwana dalej „przyjmującym zamówienie”. Przyjmującym zamówienie będzie mogła być jedynie osoba fizyczna, co wyeliminuje nadużycia związane z zawieraniem podobnych umów (na podstawie obecnie obowiązujących przepisów art. 26–27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) polegające na tworzeniu fikcyjnych podmiotów leczniczych (w celu ominięcia przepisów dotyczących czasu pracy osób wykonujących zawody medyczne).

Wyjątkowo przyjmującym zamówienie będą mogły być podmioty lecznicze, jeżeli będą udzielały świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem ww. umowy w swoim zakładzie leczniczym, a nie w zakładzie leczniczym udzielającego zamówienia. Wyjątek ten umożliwi kontynuowanie i zawieranie umów z podmiotami leczniczymi prowadzącymi np. laboratoria czy świadczenia zdrowotne z zakresu radiologii.

Omawiane umowy są i będą specyficzną formą zamówienia o charakterze publicznym, do którego jednak nie mają zastosowania przepisy ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2026 r. poz. 793).

Przyjmujący zamówienie będzie wyłaniany w trybie konkursu ofert.

Ponadto zaproponowano zmiany polegające na dodaniu nowych elementów ww. umowy, tj. określenie:

- 1) zakresu i liczby świadczeń zdrowotnych;
- 2) łącznej liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 3) równoważnika wymiaru czasu pracy u wszystkich zatrudniających na podstawie umowy o pracę oraz udzielających zamówienia na świadczenia zdrowotne, który nie może przekroczyć równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy.

Powyższe zmiany wpłyną pozytywnie na eliminację nieprawidłowości związanych z zawieraniem omawianych umów oraz nadużyć w zakresie gospodarowania środkami publicznymi.

Omawiane regulacje są elementem większej całości, tj. pakietu rozwiązań mających wzmocnić przejrzystość w systemie opieki zdrowotnej. Ponadto proponowane rozwiązania uniemożliwią zawieranie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez (fikcyjne) podmioty lecznicze.

Zmiany w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581, z późn. zm.)

Projekt ustawy przewiduje dodanie w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta art. 8a określającego, że każdy pacjent ma prawo do niedyskryminującego i równego traktowania. Należy wskazać, że zgodnie z Konstytucją RP – każdy ma prawo do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 1) a wszyscy wobec prawa są równi oraz nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiejkolwiek przyczyny (art. 32 ust. 1 i 2). Działalność lecznicza, w ramach której dochodzi do realizacji praw pacjenta, jest działalnością regulowaną, której zasady i warunki prowadzenia reguluje ustawa o działalności leczniczej; działalność ta ma szczególne znaczenie ze względu na bezpieczeństwo obywateli oraz ważny interes publiczny. Gwarantowane konstytucyjnie prawo do ochrony zdrowia stanowi jedno z najistotniejszych praw człowieka i nakłada na

władze publiczne obowiązek podejmowania takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa. W wypadku systemu ochrony zdrowia obowiązkiem państwa jest podjęcie adekwatnych działań, które z jednej strony będą tworzyć ramy prawne i warunki organizacyjne dla prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych, a z drugiej – będą kreowały dla pacjentów gwarancje dostępu do odpowiednich działań medycznych odpowiedniej jakości w adekwatnym czasie do zagrożenia zdrowotnego. W konsekwencji można twierdzić, że państwo (władza publiczna) jest odpowiedzialna za stworzenie takich uwarunkowań prawno-organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej, które będą pozwalały na należyłą ochronę życia, zdrowia oraz innych dóbr prawnych pacjentów. Za niedopuszczalne należy uznać jakiegokolwiek formy dyskryminacji pacjentów oraz pozaprawnego różnicowania i ograniczania ich pozycji oraz uprawnień w dostępie do leczenia czy diagnostyki. Za przejaw takich działań należy uznać między innymi pozaprawne uprzywilejowanie (faworyzowanie) innych pacjentów w kolejce do leczenia, krótszym oczekiwaniu na diagnostykę, czy w zakresie zapewnienia im lepszych warunków czy standardów udzielanych świadczeń zdrowotnych. Konstytucyjna zasada równości jest podstawową wartością w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a projektowany przepis ma w tym względzie charakter gwarancyjny, gdyż stanowi rozwinięcie obowiązujących powszechnie norm konstytucyjnych na gruncie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który ma mieć charakter powszechny – niezależny od sposobu finansowania świadczeń zdrowotnych, rodzaju działalności leczniczej i ma obowiązywać zgodnie z właściwością podmioty wymienione w art. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Projektowany przepis nakłada także na podmioty lecznicze obowiązek podejmowania działań na rzecz realizacji zasady równości i braku dyskryminacji pacjentów w ramach wykonywanej działalności leczniczej. Nadto przepis wskazuje, jakie zachowania mogą stanowić przejaw dyskryminacji (np. gorsze warunki leczenia) i z jakich powodów (np. płeć, wiek, niepełnosprawność, przynależność polityczna).

Projektowana ustawa powinna wejść w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Odstąpienie od określonej w art. 68b ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców – zasady wyznaczania terminu wejścia w życie projektów ustaw, które określają zasady podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej, jest uzasadnione ważnym interesem publicznym. Projektowane przepisy dążą bowiem do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów oraz całościowej poprawy funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, co przełoży się na jeden z kluczowych aspektów życia publicznego.

Przepisy te mają jednocześnie na celu urealnienie części nakładów na system opieki zdrowotnej w sposób zakładany w projekcie, co będzie miało istotny pozytywny wpływ na fiskalny interes państwa oraz jego wizerunek wśród obywateli.

W art. 4 projektu zawarto natomiast regulację przejściową stanowiącą, że umowy pomiędzy świadczeniodawcami a osobami wykonującymi zawód medyczny, które nie spełniają warunków określonych w dodawanych art. 132aa lub w art. 132ab ustawy o świadczeniach oraz w art. 26 i art. 27 ustawy o działalności leczniczej w zmienionym brzmieniu, wygasają z dniem 31 grudnia 2026 r., zapewniając tym samym odpowiedni termin na dostosowanie takich umów."

Projekt nie ma wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych przedsiębiorców i jednocześnie może wywrzeć pozytywny wpływ na działalność podmiotów leczniczych należących do sektora dużych i średnich przedsiębiorców przez obniżenie presji płacowej ze strony pracowników medycznych. Jednocześnie projekt nakłada na podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych w sektorze komercyjnym określone obowiązki informacyjne wobec NFZ.

W ocenie projektodawcy projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych, a zatem nie podlega notyfikacji, zgodnie z trybem przewidzianym w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie wymaga przedłożenia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt ustawy nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 4 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt ustawy nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie

swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanej ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.