

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. 8–14 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.

11. Wyrażenie zgody albo odmowa wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 9, nie stanowi decyzji administracyjnej.

12. Do wyrażenia zgody albo odmowy wyrażenia zgody nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

13. W przypadku odmowy wyrażenia zgody, Prezes Agencji umieszcza świadczenie w projekcie planu taryfikacji na kolejny rok.

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, 986 i 1007.

14. W szczególnie uzasadnionych przypadkach. po uzyskaniu odmowy akceptacji, Prezes Agencji może zwrócić się ponownie do ministra właściwego do spraw zdrowia o rozpoczęcie prac nad taryfą.”;

3) w art. 311b:

a) w ust. 3:

- pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) opis świadczenia opieki zdrowotnej podlegającego taryfikacji;”;

- uchyla się pkt 3,

b) po ust. 12 dodaje się ust. 13 w brzmieniu:

„13. Do określenia taryfy świadczenia w przypadku, o którym mowa w art. 311a ust. 8, przepisy ust. 1–12 stosuje się odpowiednio.”;

4) w art. 311c:

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. 311n pkt 1–3d i 4a–5 oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.”;

b) po ust. 8 dodaje się ust. 9–19 w brzmieniu:

„9. Agencja jest uprawniona do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 6, standardu rachunku kosztów określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 7 (weryfikacja). W ramach weryfikacji Agencja jest uprawniona wyłącznie do:

1) żądania okazania dokumentacji potwierdzającej sposób prowadzenia ewidencji kosztów, w tym wyodrębnienia ośrodków powstawania kosztów oraz stosowanych rozdzielników i kluczy podziałowych kosztów, w zakresie wynikającym z przepisów wydanych na podstawie ust. 7;

2) żądania od świadczeniodawcy udzielenia, w formie pisemnej albo ustnej, wyjaśnień dotyczących sposobu wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów;

3) przeprowadzenia czynności weryfikacyjnych w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, po uprzednim

zawiadomieniu świadczeniodawcy o terminie tych czynności, z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem;

4) sporządzania kopii lub odpisów dokumentów, o których mowa w pkt 1, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia weryfikacji.

10. Czynności weryfikacyjne mogą przeprowadzać wyłącznie pracownicy Agencji posiadający pisemne upoważnienie Prezesa Agencji, określające zakres przedmiotowy i podmiotowy weryfikacji oraz podstawę prawną jej przeprowadzenia. Czynności weryfikacyjnych nie może przeprowadzać pracownik, który w okresie objętym weryfikacją pozostawał ze świadczeniodawcą w stosunku prawnym mogącym budzić uzasadnione wątpliwości co do jego bezstronności, w szczególności był zatrudniony u tego świadczeniodawcy lub świadczył na jego rzecz usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej.
11. Z przeprowadzonych czynności weryfikacyjnych sporządza się protokół, który zawiera w szczególności:
 - 1) oznaczenie świadczeniodawcy;
 - 2) zakres i przedmiot weryfikacji;
 - 3) opis dokonanych czynności oraz poczynione ustalenia.
12. Protokół podpisuje pracownik Agencji przeprowadzający weryfikację oraz świadczeniodawca albo osoba przez niego upoważniona. Świadczeniodawcy przysługuje prawo zgłoszenia, w terminie 7 dni od dnia podpisania protokołu, umotywowanych uwag do jego treści. Odmowa podpisania protokołu przez świadczeniodawcę nie stanowi przeszkody do dalszego prowadzenia weryfikacji. O odmowie podpisania protokołu i jej przyczynach, jeżeli zostały wskazane, czyni się wzmiankę w protokole.
13. Świadczeniodawca umożliwia przeprowadzenie czynności weryfikacyjnych oraz udostępnia Agencji, w zakresie i terminie wskazanym w wezwaniu, dokumenty i informacje, o których mowa w ust. 9 pkt 1 i 4, w zakresie niezbędnym do dokonania oceny prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów.
14. Po zakończeniu czynności weryfikacyjnych Agencja przedstawia świadczeniodawcy wstępną informację o wynikach weryfikacji, w tym o stwierdzonych nieprawidłowościach, wyznaczając termin do zajęcia przez świadczeniodawcę stanowiska, nie krótszy niż 14 dni od dnia doręczenia. Agencja rozpatruje stanowisko zgłoszone przez świadczeniodawcę i informuje go o ostatecznych wynikach

weryfikacji, w tym o stwierdzonych nieprawidłowościach. W przypadku nieprzekazania przez świadczeniodawcę w terminie stanowiska Agencja informuje go o ostatecznych wynikach weryfikacji, w tym o stwierdzonych nieprawidłowościach.

15. Agencja wzywa świadczeniodawcę do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w terminie 3 miesięcy od dnia doręczenia ostatecznych wyników weryfikacji, o których mowa w ust. 14.
 16. Świadczeniodawca w terminie, o którym mowa w ust. 15, informuje Agencję o usunięciu nieprawidłowości.
 17. Agencja może weryfikować prawidłowość usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.
 18. W przypadku nieusunięcia przez świadczeniodawcę w terminie, o którym mowa w ust. 15, stwierdzonych nieprawidłowości albo nieprzekazania w tym terminie do Agencji informacji o usunięciu tych nieprawidłowości, Prezes Agencji przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Prezesowi Funduszu ostateczne wyniki weryfikacji, o których mowa w ust. 14, w tym informację o stwierdzonych nieprawidłowościach, oraz o braku ich usunięcia albo niepoinformowaniu o ich usunięciu przez świadczeniodawcę w wyznaczonym terminie..
 19. W przypadku stwierdzenia, nieusunięcia przez świadczeniodawcę w terminie, o którym mowa w ust. 15, stwierdzonych nieprawidłowości albo nieprzekazania w tym terminie do Agencji informacji o usunięciu tych nieprawidłowości albo w przypadku nieprzekazania przez świadczeniodawcę danych, o których mowa w ust. 4 i 4a, w zakresie lub terminie wskazanym przez Prezesa Agencji, Prezes Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 0,5% rocznej sumy kwot zobowiązań, o których mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5, z wyłączeniem kwot zobowiązań dotyczących leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego stosowanych w programach lekowych oraz leków stosowanych w chemioterapii oraz w ratunkowym dostępie do terapii lekowych. W przypadku umowy, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1, maksymalna kwota kary umownej odnosi się do kwoty wypłaconej świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie rozliczeniowym, którego dotyczyły stwierdzone naruszenia.“;
- 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 i 1a 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 po ust.1 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 wykonujące działalność leczniczą, które zawarły 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 osób wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej 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) powożmie 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 nieznanne Prezesowi Funduszu w chwili przeprowadzenia kontroli;
- 3) ponowna kontrola jest niezbędna do przeprowadzenia postępowania w sprawie stwierdzenia nieważności, stwierdzenia wygaśnięcia, uchylecia 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 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„o których mowa w art. 61a ust. 3,”

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 oświadczeń, o których mowa w art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny.. Osoba składająca wyjaśnienia 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 oświadczeń.”;

14) art. 61l ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Kierownik podmiotu kontrolowanego lub osoba przez niego upoważniona ma prawo wglądu do akt kontroli, sporządzania z nich odpisów oraz kopii przy wykorzystaniu własnych przenośnych urządzeń, z zachowaniem przepisów o tajemnicy ustawowo chronionej, od momentu rozpoczęcia postępowania kontrolnego do upływu terminu określonego w art. 61t ust. 1”.

15) 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 2025 r. poz. 1749 oraz z 2026 r. poz. 26 i 425).

6. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, corocznie 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.”;

16) w art. 61^v w ust.1 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu: „4) niezbędne do przeciwdziałania nierównemu traktowaniu świadczeniobiorców.”;

17) w art. 61 w ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W sytuacji wystąpienia wątpliwości dotyczących prawidłowości postępowania w zakresach, o których mowa w art. 61^a 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.”;

18) w art. 61^y:

a) uchyla się ust. 7,

b) po ust. 9 dodaje się ust. 9a i 9b w brzmieniu:

„9a. Prezes Funduszu, nie później niż miesiąc przed terminem egzaminu kwalifikacyjnego na kontrolera, określa w drodze zarządzenia limit osób, które będą powołane na stanowisko kontrolera w poszczególnych komórkach organizacyjnych Funduszu, które prowadzą kontrolę.

9b. Na stanowisko kontrolera są powoływane osoby, które uzyskały wynik pozytywny egzaminu, o którym mowa w ust. 5, z sumą punktów pozwalającą na powołanie wszystkich osób, które uzyskały tę sumę punktów bez konieczności przekroczenia limitu.

Osoby, które złożyły z wynikiem pozytywnym egzamin kwalifikacyjny na stanowisko kontrolera, i nie zostały powołane na to stanowisko kontrolera ze osób, powoływane są na stanowisko kontrolera w ramach limitu określonego dla następnego egzaminu, z uwzględnieniem jego wyników e.” ;

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

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

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

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

21) 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 prawa powszechnie obowiązującego,”

– 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;”;

22) w art. 112:

a) w ust. 1:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Pracownicy Funduszu nie mogą bez zgody Prezesa Funduszu być jednocześnie:”,

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) świadczeniodawcami lub właścicielami świadczeniodawcy lub pracownikami świadczeniodawcy, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;”;

– 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 lub osobami współpracującymi z tymi podmiotami;”;

b) uchyla się ust. 2;

23) po art. 132a dodaje się art. 132aa - 132ac 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, w tym czas pracy w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonywanej poza zakładem leczniczym, nie przekroczy równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy w miesiącu kalendarzowym.

2. Pełny wymiar czasu pracy w miesiącu kalendarzowego stanowi iloczyn 8 godzin i liczby dni w danym miesiącu kalendarzowym przypadających od poniedziałku do piątku. Każde święto określone w przepisach o dniach wolnych od pracy przypadające w danym miesiącu lub w innym dniu niż niedziela obniża pełen wymiar czasu pracy o 8 godzin.

3. Czas pozostawania poza podmiotem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 98 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej nie wlicza się do łącznego wymiaru czasu pracy, o którym mowa w ust. 1.

4. Osoba, o której mowa w ust. 1, składa przed zatrudnieniem oświadczenie, 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.

5. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana ponownie złożyć oświadczenie, o którym mowa w ust. 4, kierownikowi podmiotu leczniczego, będącego zatrudniającym ją świadczeniodawcą, w przypadku zmiany wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – jego równoważnika, u innego zatrudniającego ją świadczeniodawcy bez zbędnej zwłoki, ale nie później niż w terminie 7 dni od dnia wyrażenia przez nią zgody na tę zmianę.

6. 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 lekarza, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty lub ratownika medycznego zatrudnioną na podstawie umowy zawartej przez tę osobę ze świadczeniodawcą w wymiarze nie mniejszym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – równoważnika nie mniejszego niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy.

7. Przepisu ust. 6 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w przypadku gdy wymiar czasu pracy osoby, o której mowa w ust. 6, niższy niż tam określony wynika z harmonogramu do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy.

8. Przepisu ust. 6 nie stosuje się do osoby wykonującej zawód lekarza, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty lub ratownika medycznego zatrudnionej u jednego świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 6, pod warunkiem złożenia przez tę osobę

przed zatrudnieniem oświadczenia, że nie jest zatrudniona u innego świadczeniodawcy, o którym mowa w ust. 6.

9. Osoba, o której mowa w ust. 6, 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. 6, w wymiarze nie mniejszym niż połowa pełnego 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 pełnego wymiaru czasu pracy oraz pod warunkiem przedłożenia przez tę osobę przed zatrudnieniem zgody kierownika podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 6, zatrudniającym ją w dacie nawiązywania kolejnego zatrudnienia,, na zatrudnienie przez kolejnego świadczeniodawcę. W przypadku zatrudnienia przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, zgoda jest wymagana od każdego kierownika podmiotu leczniczego, będącego zatrudniającym świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 6.

10. Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 9, może nie wyrazić zgody w przypadku, gdy jest to uzasadnione niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi podmiotu leczniczego w zakresie udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 6. Odmowa zgody wymaga uzasadnienia na piśmie, przy którym kierownik podmiotu leczniczego przedstawia osobie, o której mowa w ust. 6, ofertę zwiększenia wymiaru czasu pracy, a w przypadku umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – jego równoważnika, do poziomu zaspokajającego potrzeby kadrowe podmiotu leczniczego. Kierownik podmiotu leczniczego składa wnioskodawcy oświadczenie woli w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o wyrażenie zgody, o której mowa w ust. 9. Niezłożenie oświadczenia w tym terminie oznacza wyrażenie zgody.

11. W przypadku złożenia wniosku o zgodę, o której mowa w ust. 9, przez osobę, o której mowa w ust. 7, kierownik podmiotu leczniczego, będącego zatrudniającym ją świadczeniodawcą:

- 1) składa tej osobie ofertę zwiększenia wymiaru czasu pracy do co najmniej połowy pełnego 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 pełnego wymiaru czasu pracy,

a w przypadku podtrzymania wniosku o zgodę, o której mowa w ust. 9, i przyjęcia nowych warunków zatrudnienia – wyraża zgodę, albo

- 2) odmawia udzielania zgody i wypowiada umowę o pracę lub inną umowę, na podstawie której powstał stosunek inny niż stosunek pracy lub podejmuje działania niezbędne do zakończenia zatrudnienia powstałego na podstawie innego aktu.

12. W przypadku niezłożenia przez kierownika podmiotu leczniczego oświadczenia woli, o którym mowa w ust. 10 zdanie czwarte, osoba, o której mowa w ust. 6, składa przed zatrudnieniem przez kolejnego świadczeniodawcę, o którym mowa w ust. 6, oświadczenie, że mimo złożenia wniosku o wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 6, kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 9, nie złożył oświadczenia w terminie określonym w ust. 10 zdanie trzecie. Oświadczenie to zastępuje zgodę, o której mowa w ust. 9.

13. Przepisów ust. 6–12 nie stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w czasie pełnienia dyżuru medycznego, o którym mowa w art. 95 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo udzielanych poza normalnymi godzinami pracy w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w ramach pracy zmianowej lub systemu czasu pracy, o którym mowa w art. 94 ustawy o działalności leczniczej, z wyłączeniem planowych świadczeń zabiegowych. Zdanie pierwsze stosuje się odpowiednio do warunków zatrudnienia osoby, o której mowa w ust. 6, zatrudnionej na podstawie umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy.

14. 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. Prezes Funduszu zajmuje stanowisko w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku o wyrażenie zgody. Odmowa zgody wymaga uzasadnienia na piśmie.

15. Nie zajęcie stanowiska przez Prezesa Funduszu, w terminie 14 dni oznacza wyrażenie zgody. W przypadku ujawnienia się okoliczności braku przesłanek, o których mowa w ust. 14, Prezes Funduszu może cofnąć zgodę o której mowa w zdaniu pierwszym.

16. Do rozpatrywania wniosku, o którym mowa w ust. 14 nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1691, z późn. zm.).

17 W przypadku nagłej śmierci lub długotrwałej usprawiedliwionej nieobecności pracownika lub osoby zatrudnianej na podstawie umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, lub w przypadku działania siły wyższej, kierownik podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą, który zawarł z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, może odstąpić od wymogów określonych w ust. 1-6 na okres 21 dni od dnia wystąpienia jednej z powyższych okoliczności. Jednocześnie kierownik podmiotu leczniczego, w razie uzasadnionej potrzeby wydłużenia okresu, o którym mowa w zadaniu poprzedzającym, występuje do Prezesa Funduszu z wnioskiem o wyrażenie zgody, o której mowa w ust. 14.

18. 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, określenie:

- 1) rodzaju pracy, a jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy także liczby wykonywanych zadań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) maksymalnego miesięcznego wymiaru czasu pracy i maksymalnego miesięcznego wynagrodzenia w przyjętym okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące.

19. Umowa lub inny akt, o których mowa w ust. 1, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, określa w szczególności łączną liczbę godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stawkę godzinową brutto oraz maksymalny miesięczny wymiar zatrudnienia i maksymalne miesięczne wynagrodzenie.

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 osobie, o której mowa w ust. 1:
- 1) dodatek motywacyjny – przepis ust. 8 stosuje się odpowiednio;
 - 2) dodatki inne niż w pkt 1, przysługujące na podstawie ustawy, ustalonymi do wysokości w niej określonej. - przepis ust. 9 stosuje się odpowiednio.

3. Świadczeniodawca, będący podmiotem leczniczym, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1 i 4-7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, może przyznać dodatek za wysługę lat w wysokości nie wyższej niż określona w art. 65 tej ustawy - przepis ust. 9 stosuje się odpowiednio.

4. 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.

5. Wynagrodzenie dodatkowe, o którym mowa w ust. 4, jest dopuszczalne w przypadku wykonywania funkcji kierowniczych w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, a także w przypadku wykonywania zadań dydaktycznych lub naukowych.

6. 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 zakresie transplantologii klinicznej lub transplantologii klinicznej dla dzieci, świadczeń wysokospecjalistycznych lub świadczeń udzielanych w centrach urazowych lub centrach urazowych dla dzieci.

7. Przepisy ust. 1–3 oraz 6 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, zatrudnionej na podstawie umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy.

8. Maksymalne średniomiesięczne wynagrodzenie w przyjętym okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące 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 – 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 – 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, realizującymi umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem łącznego wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika, o którym mowa w art. 132aa ust. 1, nie może przekroczyć średniomiesięcznie kwoty szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia w przyjętym okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące.

9. W przypadku przyznania dodatków, o których mowa w ust. 2 pkt 2 lub ust. 3, lub przyznania wynagrodzenia dodatkowego z tytułu zadań, o których mowa w ust. 4 lub 5, maksymalne średniomiesięczne, maksymalne średniomiesięczne wynagrodzenie w przyjętym okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące, o którym mowa w ust. 8, z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz z tytułu wykonywania zadań innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie może być wyższe niż:

- 1) iloczyn ułamka odpowiadającego wymiarowi czasu pracy, określonego w umowie zawartej ze świadczeniodawcą i kwoty dwunastokrotności minimalnego wynagrodzenia – 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 – 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, realizującymi umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem łącznego wymiaru czasu pracy lub jego równoważnika, o którym mowa w art. 132aa ust. 1, nie może przekroczyć średniomiesięcznie kwoty szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia w przyjętym okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące.

10. Maksymalne wynagrodzenie średniomiesięczne oraz maksymalna stawka godzinowa wynagrodzenia zasadniczego nie obejmują nagrody jubileuszowej, świadczeń

wypłacanych w związku z rozwiązaniem stosunku pracy, świadczeń odszkodowawczych wynikających ze stosunku pracy ustalonych do wysokości określonej w ustawie oraz dodatkowego wynagrodzenia rocznego w podmiotach leczniczych działających w formie jednostki budżetowej.

11. Osoba, o której mowa w ust. 1, składa przed zatrudnieniem oświadczenie o łącznym maksymalnym średniomiesięcznym wynagrodzeniu z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz z tytułu wykonywania zadań innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 4 i 5, określonym w umowach zawartych z zatrudniającymi ją świadczeniodawcami, realizującymi umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

12. Osoba, o której mowa w ust. 1, jest obowiązana złożyć kierownikowi podmiotu leczniczego, będącego zatrudniającym ją świadczeniodawcą, realizującym umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oświadczenie o zmianie okoliczności, która ma wpływ na łączne maksymalne wynagrodzenie średniomiesięczne, o którym mowa w ust. 8 i 9, w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tej zmiany. Kierownik podmiotu leczniczego bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 3 dni roboczych, przedstawia zmiany do umowy o pracę, umowy lub innego aktu, na podstawie których powstał stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, niezbędne do zachowania łączne maksymalne wynagrodzenie osoby, o której mowa w ust. 1. W przypadku braku zgody tej osoby na nowe warunki zatrudnienia w terminie 3 dni roboczych, kierownik podmiotu leczniczego wypowiada umowę o pracę lub umowę, na podstawie której powstał stosunek inny niż stosunek pracy, bez zachowania okresu wypowiedzenia, lub podejmuje niezbędne działania do niezwłocznego uchylecia innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek służbowy.

13. 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 wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie może być określone jako stawka procentowa wynagrodzenia świadczeniodawcy z tytułu wykonywania tej umowy.

Art. 132ac. 1. Oświadczenia, o których mowa w art.132aa ust. 4, 8 i 12 oraz art. 132ab ust. 11 i 12, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie

falszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

2. Oświadczenia, o których mowa w art.132aa ust. 4, 8 i 12 oraz art. 132ab ust. 11 i 12, składane przez osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na podstawie umowy lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, przechowuje się w sposób gwarantujący zachowanie ich poufności, integralności, kompletności oraz dostępności, w warunkach niegrożących uszkodzeniem lub zniszczeniem, przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym stosunek uległ rozwiązaniu lub wygaś.”;

24) w art. 132b:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej mogą być udzielane przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 2 pkt 1–3, 5 i 6, na podstawie umowy, o której mowa w art. 159a ust. 1, po złożeniu przez świadczeniodawcę wniosku o umożliwienie udzielania tych świadczeń do Prezesa Funduszu i uwzględnieniu ich w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1.”,

b) uchyla się ust. 1a;

25) 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 osób wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności

leczniczej, udzielających świadczeń zdrowotnych, obejmującej informacje dotyczące rozkładu czasu pracy

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

26) 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, o której mowa w dziale IIIA, oraz 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 finansowanych ze środków publicznych,
- 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, narusza wymogi wynikające z art. 132aa lub art. 132ab albo nie dopełnia tych wymogów,
- 12) będąc zobowiązanym do udostępnienia dokumentacji, zgodnie z art. 192a ust. 1 pkt 2-4, 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 i 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 równego traktowania.

2. Niedopuszczalne jest dyskryminujące postępowanie względem pacjentów przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w dostępie i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie zasad dostępu do tych świadczeń oraz warunków organizacyjnych ich udzielania, w szczególności ze względu na wykonywany zawód, płeć, wiek, przynależność polityczną, obywatelstwo, niepełnosprawność, stan cywilny lub narodowość, chyba że odmiennie zasady w tym zakresie wynikają z przepisów odrębnych.

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, pielęgniarce, 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

lecznym 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) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. 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”. Umowa o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nie może być zawarta na okres krótszy niż 3 miesiące, chyba że rodzaj i liczba świadczeń zdrowotnych uzasadniają zawarcie tej umowy na okres krótszy.”,

b) w ust. 2 po wyrazie „umowie” dodaje się wyrazy „o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne”,

c) w ust. 3 po wyrazie „Umowa” dodaje się wyrazy „o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne”,

d) 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;”,

e) ust. 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5. Nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne niekorzystnych dla udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność

zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia tej umowy.

6. Przyjmujący zamówienie nie może przenieść na osobę trzecią praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, chyba że umowa ta stanowi inaczej.”,

f) w ust. 8 we wprowadzeniu do wyliczenia po wyrazie „Umowa” dodaje się wyrazy „o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne”;

Art. 4.1. 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, dostosowuje się do wymogów wprowadzonych niniejszą ustawą w terminie 12 miesięcy od dnia wejścia jej w życie.

2. Celem dostosowania umów, o których mowa w ust. 1, osoba, o której mowa w ust. 1, składa oświadczenia, o których mowa w art. 132aa ust. 4 i 8 oraz art. 132ab ust. 11 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania od kierownika podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą zatrudniającym tę osobę.

3. Celem dostosowania umów, o których mowa w ust. 1, osoba, o której mowa w art. 132aa ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, która jest zatrudniona przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, o których mowa w art. 132aa ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, składa wraz z oświadczeniami, o których mowa w ust. 2, oświadczenie o wyborze jednego z zatrudniających ją świadczeniodawców jako świadczeniodawcy podstawowego.

4. Kierownik podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą podstawowym, rozpatruje wniosek osoby zatrudnianej o wyrażenie zgody, o której mowa w art. 132aa ust. 9 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie 14 dni od dnia

jego otrzymania. W przypadku niewyrażenia zgody przepis art. 132aa ust. 10 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą stosuje się odpowiednio.

5. Osoba, o której mowa w art. 132aa ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą informuje bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 3 dni roboczych, kierowników podmiotów leczniczych, będących pozostałymi zatrudniającymi ją świadczeniodawcami, o których mowa w art. 132aa ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1 w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, o braku zgody świadczeniodawcy podstawowego i:

1) wypowiada umowę o pracę lub umowę, na podstawie której powstał stosunek inny niż stosunek pracy, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, lub

2) podejmuje działania niezbędne do uchylecia innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek służbowy w terminie 1 miesiąca od dnia powiadomienia o braku zgody świadczeniodawcy podstawowego.

6. W przypadku braku dostosowania do wymogów wprowadzonych niniejszą ustawą w terminie, o którym mowa w ust. 1, kierownik podmiotu leczniczego, będącego świadczeniodawcą zatrudniającym osobę, o której mowa w ust. 1:

1) wypowiada umowę o pracę lub umowę, na podstawie której powstał stosunek inny niż stosunek pracy, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia, lub

2) podejmuje działania niezbędne do uchylecia innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek służbowy, w terminie 1 miesiąca od dnia, w którym upłynął termin, o którym mowa w ust. 1.

7. Do wypowiedzenia umowy o pracę oraz do wypowiedzenia wynikających z umowy warunków pracy i płacy dokonywanych w związku z dostosowywaniem stosunków pracy do wymogów określonych w art. 132aa i 132ab nie stosuje się przepisów art. 38, 39 i 41 Kodeksu pracy oraz przepisów szczególnych dotyczących ochrony pracowników przed wypowiedzeniem lub rozwiązaniem umowy o pracę.

8. W terminie 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy należy dostosować postanowienia układów zbiorowych pracy, innych niż układy zbiorowe pracy porozumień zbiorowych oraz regulaminów wynagradzania do wymogów określonych w tych przepisach..

9. W przypadku niedostosowania w terminie, o którym mowa w ust. 8, postanowień układów zbiorowych pracy, innych niż układy zbiorowe pracy porozumień zbiorowych oraz

regulaminów wynagradzania do wymogów określonych w art. 132aa i 132ab ustawy zmienianej w art. 1, tracą one moc obowiązującą.

Art. 5. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 132b ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, może zaprzestać udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej po upływie 3 miesięcy od dnia przekazania przez niego dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o zamiarze zaprzestania udzielania tych świadczeń.

Art. 6. Ustawa wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

