Data publikacji: 27-10-2026

SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
XI KADENCJA

Warszawa, 27 października 2026 r. **Druk nr 893**

MARSZAŁEK SEJMU
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Pani
Małgorzata KIDAWA-BŁOŃSKA
MARSZAŁEK SENATU
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zgodnie z art. 121 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, mam zaszczyt przesłać Pani Marszałek do rozpatrzenia przez Senat uchwaloną przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej na 67. posiedzeniu w dniu 22 października 2026 r. ustawę

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

Z poważaniem

(-) Włodzimierz Czarzasty

U S T A W A

z dnia 22 października 2026 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[1)]

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. 8–11 w brzmieniu:

„8. W szczególnie uzasadnionym przypadku, gdy z informacji posiadanych przez Agencję wynika potrzeba określenia lub weryfikacji taryfy świadczenia nieujętego w planie taryfikacji Agencji, Prezes Agencji przygotowuje raport w sprawie określenia taryfy tego 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 nad taryfą świadczenia.

11. W przypadku odmowy akceptacji, o której mowa w ust. 9, Prezes Agencji umieszcza świadczenie opieki zdrowotnej w projekcie planu taryfikacji Agencji na kolejny rok.”;

3) w art. 31lb:

---

1) Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich 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.

a) w ust. 3:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

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

– uchyla się pkt 3,

b) dodaje się ust. 13 w brzmieniu:

„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. 9–21 w brzmieniu:

„9. Agencja jest uprawniona do weryfikacji prawidłowości wdrożenia i stosowania przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 6, standardu rachunku kosztów, zwanej dalej „weryfikacją”. W ramach weryfikacji Agencja jest uprawniona wyłącznie do żądania:

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

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

10. Czynności, o których mowa w ust. 9, mogą przeprowadzać wyłącznie pracownicy Agencji posiadający pisemne upoważnienie Prezesa Agencji, określające zakres przedmiotowy i podmiotowy weryfikacji oraz podstawę prawną jej przeprowadzenia.

11. Czynności, o których mowa w ust. 9, mogą być przeprowadzane w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawcę, po uprzednim zawiadomieniu świadczeniodawcy o terminie ich przeprowadzenia, z co najmniej 7-dniowym wyprzedzeniem.

12. Czynności, o których mowa w ust. 9, nie może przeprowadzać pracownik, który w okresie od dnia przypadającego na rok przed dniem rozpoczęcia weryfikacji do dnia zakończenia weryfikacji pozostawał ze świadczeniodawcą w stosunku prawnym lub faktycznym 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.

13. Świadczeniodawca umożliwia przeprowadzenie czynności, o których mowa w ust. 9, oraz udostępnia Agencji, w zakresie i terminie wskazanych w wezwaniu, dokumenty i wyjaśnienia, o których mowa w ust. 9, w zakresie niezbędnym do dokonania oceny prawidłowości wdrożenia i stosowania standardu rachunku kosztów.

14. Po zakończeniu czynności, o których mowa w ust. 9, Agencja przedstawia świadczeniodawcy wstępną informację o wynikach weryfikacji, w tym o stwierdzonych nieprawidłowościach, wyznaczając termin zajęcia przez świadczeniodawcę stanowiska, niekrótszy niż 14 dni od dnia doręczenia informacji. Agencja rozpatruje stanowisko zgłoszone przez świadczeniodawcę i informuje go o ostatecznych wynikach weryfikacji, w tym o stwierdzonych nieprawidłowościach. W przypadku nieprzekazania przez świadczeniodawcę stanowiska w terminie Agencja informuje go o ostatecznych wynikach weryfikacji, w tym o stwierdzonych nieprawidłowościach.

15. Sporządza się protokół przeprowadzonych czynności, o których mowa w ust. 9, zawierający w szczególności:

1) oznaczenie świadczeniodawcy;
2) zakres i przedmiot weryfikacji;
3) opis przeprowadzonych czynności oraz poczynione ustalenia.

16. 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 treści protokołu. 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.

17. Agencja wzywa świadczeniodawcę do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości w terminie 3 miesięcy od dnia doręczenia ostatecznych wyników weryfikacji, o których mowa w ust. 14.

18. Świadczeniodawca w terminie, o którym mowa w ust. 17, informuje Agencję o usunięciu stwierdzonych nieprawidłowości.

19. Agencja może weryfikować prawidłowość usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości. Przepisy ust. 9–18 stosuje się.

20. W przypadku nieusunięcia przez świadczeniodawcę w terminie, o którym mowa w ust. 17, stwierdzonych nieprawidłowości albo nieprzekazania w tym terminie do Agencji informacji o ich usunięciu 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 ich nieusunięciu albo niepoinformowaniu o ich usunięciu przez świadczeniodawcę w wyznaczonym terminie.

21. Prezes Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną w przypadku:

1) nieusunięcia przez świadczeniodawcę w terminie, o którym mowa w ust. 17, stwierdzonych nieprawidłowości albo nieprzekazania w tym terminie do Agencji informacji o ich usunięciu albo
2) nieprzekazania przez świadczeniodawcę danych, o których mowa w ust. 4 i 4a, w zakresie lub terminie wskazanych przez Prezesa Agencji, albo
3) nieokazania dokumentacji, o której mowa w ust. 9 pkt 1, w zakresie lub terminie wskazanych przez upoważnionego pracownika Agencji.”;

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 na końcu zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. m w brzmieniu:

„m) obwieszczeń w sprawie taryf świadczeń 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 ewaluuje 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.”,

d) ust. 9 otrzymuje brzmienie:

„9. W celu realizacji zadań w zakresie nadzoru i kontroli określonych w ust. 1 i 1a minister właściwy do spraw zdrowia może zawrzeć umowę z jednostką mu podległą lub przez niego nadzorowaną, 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 kontrolę 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 z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązane współdziałać z Prezesem Funduszu, nieodpłatnie udostępniać Prezesowi Funduszu informacje, w tym dotyczące udzielanych przez nie 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:

1) dokumentacji medycznej;
2) dokumentacji 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, dotyczącej:
   a) zawarcia, wykonywania i zakończenia stosunku pracy lub stosunku innego niż stosunek pracy albo stosunek służbowy,
   b) kwalifikacji i uprawnień zawodowych,
   c) ewidencjonowania czasu pracy lub świadczenia usług na rzecz świadczeniodawcy.

3. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej nieobjętych umową z Funduszem świadczeniodawcy udostępniają dokumentację medyczną tych świadczeń w zakresie niezbędnym do weryfikacji dokumentacji, o której mowa w ust. 2 pkt 2.

4. Informacje, o których mowa w ust. 1, jeżeli zawierają dane osobowe, podlegają przetwarzaniu i ochronie na zasadach określonych w dziale VIII.”;

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 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 przez niego kontrolą, w przypadku gdy:

      1) poważnie uzasadnione podejrzenie, że uprzednio zakończona kontrola została przeprowadzona z naruszeniem prawa mającym wpływ na wynik kontroli, 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) w ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) o których mowa w art. 61a ust. 3”,

b) uchyla się ust. 4–6;

12) w 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. 61l ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

14) w art. 61o dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„4. Wyjaśnienia, o których mowa w ust. 1, są składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Osoba składająca wyjaśnienia jest obowiązana do zawarcia w nich klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

5. Odmowa udzielenia wyjaśnień może nastąpić w przypadku, gdy dotyczą one faktów lub okoliczności, których ujawnienie mogłoby narazić na odpowiedzialność karną lub majątkową osobę wezwaną do złożenia wyjaśnień lub osobę jej bliską w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.”;

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. 61v w ust. 1 w pkt 3 kropkę na końcu zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) niezbędne do przeciwdziałania nierównemu traktowaniu świadczeniobiorców.”;

17) 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 art. 2 pkt 14 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, niedłuższym niż 14 dni od dnia doręczenia wezwania. Wyjaśnienia są podpisywane przez osobę, która je złożyła.”;

18) w art. 61y:

a) uchyla się ust. 7,

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

„9a. Prezes Funduszu, niepóźniej niż miesiąc przed terminem egzaminu, o którym mowa w ust. 5, określa, w drodze zarządzenia, limit osób, które będą powołane na stanowisko kontrolera w poszczególnych komórkach organizacyjnych Funduszu, do których zadań należy przeprowadzanie kontroli.

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, są powoływane na stanowisko kontrolera w ramach limitu określonego dla następnego egzaminu, z uwzględnieniem jego wyników.”;

19) po dziale IIIA dodaje się dział IIIB w brzmieniu:

„DZIAŁ IIIB

Zakaz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Art. 64a. 1. Prezes Funduszu, w drodze decyzji, orzeka wobec lekarza lub lekarza dentysty zakaz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwany dalej „zakazem”, jeżeli w wyniku kontroli, o której mowa w dziale IIIA, czynności sprawdzających, o których mowa w art. 61w, lub na podstawie informacji przekazanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych ustalono, że osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej umyślnie, wiedząc o niezgodności ze stanem faktycznym:

1) poświadczyła nieprawdę co do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, w szczególności co do wykonania procedury medycznej, w dokumentacji

medycznej lub w dokumencie stanowiącym podstawę rozliczenia świadczenia z Funduszem;

2) poświadczyła nieprawdę co do czasu lub miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w ewidencji czasu pracy, harmonogramie pracy, rachunku lub innym dokumencie stanowiącym podstawę rozliczenia ze świadczeniodawcą lub z Funduszem;

3) wystawiła zaświadczenie lekarskie, o którym mowa w art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2026 r. poz. 854 i 1123), niezgodne ze stanem faktycznym;

4) wystawiła zaświadczenie, orzeczenie lub inny dokument niezgodny ze stanem faktycznym w celu osiągnięcia przez pacjenta lub inną osobę korzyści osobistej lub majątkowej.

2. Zakaz orzeka się na okres od 1 miesiąca do 8 lat.

3. Przy określaniu okresu zakazu Prezes Funduszu uwzględnia w szczególności wagę i liczbę stwierdzonych naruszeń, okres, w którym do nich dochodziło, wysokość środków publicznych wydatkowanych nienależnie w ich wyniku oraz skutki naruszeń dla świadczeniobiorców. Zakazu nie orzeka się w przypadku oczywistej omyłki pisarskiej lub rachunkowej ani samej różnicy w ocenie medycznej, jeżeli nie wykazano umyślnego naruszenia określonego w ust. 1.

4. Prezes Funduszu orzeka zakaz dożywotnio wobec lekarza lub lekarza dentysty, który, po rozpoczęciu obowiązywania wcześniej orzeczonego zakazu, ponownie dopuścił się naruszenia, o którym mowa w ust. 1:

1) w okresie obowiązywania zakazu albo

2) w okresie 10 lat od dnia zakończenia okresu obowiązywania zakazu

– orzeczonego decyzją, od której nie wniesiono odwołania w terminie albo w sprawie, w której sąd prawomocnie oddalił odwołanie, lub zakazu, o którym mowa w art. 64e.

5. Nie wszczyna się postępowania w sprawie orzeczenia zakazu, jeżeli od dnia naruszenia upłynęło 5 lat.

6. Orzeczenie zakazu nie wyłącza odpowiedzialności karnej, zawodowej ani odpowiedzialności świadczeniodawcy z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 64b. 1. Stroną postępowania w sprawie orzeczenia zakazu jest osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, której postępowanie dotyczy.

2. Prezes Funduszu wszczyna postępowanie niezwłocznie, niepóźniej niż w terminie 14 dni od dnia uzyskania informacji wskazujących na możliwość naruszenia, o którym mowa w art. 64a ust. 1, i doręcza stronie opis zarzucanego naruszenia oraz zgromadzone ustalenia w części jej dotyczącej, wyznaczając termin niekrótszy niż 14 dni na złożenie wyjaśnień. Strona ma prawo odmówić złożenia wyjaśnień i odpowiedzi na pytania; odmowa nie może stanowić samodzielnej podstawy orzeczenia zakazu. Wyjaśnień strony nie odbiera się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

3. Decyzję w sprawie orzeczenia zakazu wydaje się w terminie 30 dni od dnia wszczęcia postępowania.

4. Decyzja o orzeczeniu zakazu podlega natychmiastowemu wykonaniu. Zakaz obowiązuje od dnia następującego po dniu doręczenia decyzji.

5. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym dziale do postępowania w sprawie orzeczenia zakazu stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego.

Art. 64c. 1. Od decyzji w sprawie orzeczenia zakazu przysługuje odwołanie do sądu okręgowego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych właściwego ze względu na miejsce zamieszkania strony, wnoszone za pośrednictwem Prezesa Funduszu w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

2. Prezes Funduszu przekazuje odwołanie wraz z aktami sprawy do sądu w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

3. Wniesienie odwołania nie wstrzymuje wykonania decyzji. Sąd może, na wniosek strony, wstrzymać wykonanie decyzji w całości albo w części, jeżeli jej wykonanie mogłoby spowodować znaczną szkodę lub trudne do odwrócenia skutki. Wniosek rozpoznaje się niezwłocznie, niepóźniej niż w terminie 7 dni od dnia jego wpływu do sądu. Na postanowienie w przedmiocie wstrzymania wykonania decyzji przysługuje zażalenie do sądu drugiej instancji. Sąd niezwłocznie przesyła Prezesowi Funduszu odpis postanowienia.

4. Sąd rozpoznaje odwołanie w terminie 30 dni od dnia przekazania go przez Prezesa Funduszu. Sąd drugiej instancji rozpoznaje apelację w terminie 30 dni od dnia przekazania mu akt sprawy.

5. W zakresie nieuregulowanym w niniejszym dziale do postępowania w sprawie odwołania stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego o postępowaniu w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych.

6. W postępowaniu sądowym Prezes Funduszu ma prawa i obowiązki organu rentowego, a lekarz lub lekarz dentysta ma prawa i obowiązki ubezpieczonego. Sąd rozpoznaje sprawę co do istoty i może zmienić decyzję także przez odstąpienie od orzeczenia zakazu. Do przekazania odwołania stosuje się termin określony w ust. 2. Sąd niezwłocznie przesyła Prezesowi Funduszu odpis prawomocnego orzeczenia kończącego postępowanie. W okresie wstrzymania wykonania decyzji zakazu nie wykonuje się; okres ten nie jest wliczany do okresu wykonywania zakazu.

Art. 64d. 1. Prezes Funduszu prowadzi jawny rejestr lekarzy i lekarzy dentystów objętych zakazem, zwany dalej „rejestrem zakazów”, w systemie teleinformatycznym Funduszu.

2. W rejestrze zakazów zamieszcza się imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu, podstawę prawną zakazu, datę jego rozpoczęcia i zakończenia albo informację o zakazie dożywotnim, a także informację o wniesieniu odwołania, o wstrzymaniu wykonania zakazu oraz o prawomocnym zakończeniu postępowania sądowego.

3. Wpisu do rejestru zakazów dokonuje się w dniu doręczenia decyzji o orzeczeniu zakazu albo w dniu otrzymania informacji, o której mowa w art. 64f ust. 2 pkt 1. Wpis aktualizuje się niezwłocznie, niepóźniej niż w następnym dniu roboczym po uzyskaniu informacji o wniesieniu odwołania, wstrzymaniu wykonania zakazu, zmianie decyzji lub prawomocnym zakończeniu postępowania. Wpis usuwa się z jawnej części rejestru niezwłocznie, niepóźniej niż w następnym dniu roboczym po zakończeniu zakazu lub uzyskaniu informacji o uchyleniu decyzji stanowiącej podstawę zakazu, stwierdzeniu jej nieważności albo zmianie przez odstąpienie od zakazu. W przypadku zakazu, o którym mowa w art. 64e, wpis aktualizuje się również na podstawie informacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o wstrzymaniu wykonania, zmianie, uchyleniu albo stwierdzeniu nieważności decyzji o cofnięciu upoważnienia.

4. Rejestr zakazów jest udostępniany nieodpłatnie w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Funduszu oraz za pomocą interfejsu

programistycznego umożliwiającego automatyczną weryfikację danych. Dane w rejestrze zakazów są aktualizowane co najmniej raz na dobę.

5. Po zakończeniu zakazu dane dotyczące zakazu przechowuje się w niejawnej części rejestru przez 10 lat, wyłącznie w celu ustalenia przesłanek, o których mowa w art. 64a ust. 4, oraz rozpatrywania środków zaskarżenia. Dane o zakazie dożywotnim przechowuje się do dnia śmierci lekarza lub lekarza dentysty. Dane usuwa się niezwłocznie po upływie okresu przechowywania. Dane o zakazie, którego podstawę uchylono, unieważniono albo zmieniono przez odstąpienie od zakazu, nie mogą służyć ustaleniu recydywy.

6. Prezes Funduszu przekazuje dane, o których mowa w ust. 2, Naczelnej Radzie Lekarskiej w celu ich zamieszczenia w Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, w dniu dokonania wpisu, jego zmiany albo wykreślenia.

Art. 64e. 1. Osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, której Zakład Ubezpieczeń Społecznych cofnął upoważnienie do wystawiania zaświadczeń lekarskich na podstawie art. 60 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, jest objęta zakazem z mocy prawa od dnia, w którym decyzja o cofnięciu upoważnienia stała się ostateczna, na okres, na który cofnięto upoważnienie, wyłącznie jeżeli podstawę tej decyzji stanowiło ustalenie, że umyślnie wystawiła zaświadczenie lekarskie, wiedząc o jego niezgodności ze stanem faktycznym. Jeżeli ten sam czyn stanowi podstawę orzeczenia zakazu na podstawie art. 64a, okresy zakazu biegną równocześnie, a przy określaniu okresu zakazu uwzględnia się okres zakazu już wykonanego za ten czyn.

2. Wstrzymanie wykonania decyzji o cofnięciu upoważnienia wstrzymuje wykonywanie zakazu, o którym mowa w ust. 1. Uchylenie tej decyzji, stwierdzenie jej nieważności albo zmiana przez odstąpienie od cofnięcia upoważnienia powoduje ustanie zakazu. Zmiana okresu cofnięcia upoważnienia powoduje odpowiednią zmianę okresu zakazu. Zakład Ubezpieczeń Społecznych zawiadamia lekarza lub lekarza dentystę o wynikającym z decyzji zakazie, jego podstawie, okresie oraz sposobie zakwestionowania decyzji będącej podstawą zakazu.

Art. 64f. 1. Prezes Funduszu przekazuje Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych:

1) informację o orzeczeniu zakazu, okresie jego obowiązywania oraz jego zmianie, ustaniu lub wstrzymaniu wykonania, w dniu dokonania wpisu do rejestru zakazów, jego zmiany albo wykreślenia;
2) ustalenia kontroli lub czynności sprawdzających wskazujące na wystawienie zaświadczenia lekarskiego niezgodnego ze stanem faktycznym, niezwłocznie, niepóźniej niż w terminie 7 dni od dnia ich dokonania.

2. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje Prezesowi Funduszu:

1) informację o cofnięciu upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich na podstawie art. 60 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 64e, wraz ze wskazaniem, czy stwierdzono umyślne wystawienie zaświadczenia niezgodnego ze stanem faktycznym, daty naruszenia, okresu cofnięcia i daty, od której decyzja stała się ostateczna, w dniu, w którym decyzja stała się ostateczna;
2) informację o wstrzymaniu wykonania, zmianie, uchyleniu albo stwierdzeniu nieważności decyzji, o której mowa w pkt 1, niezwłocznie, nie później niż w następnym dniu roboczym po uzyskaniu tej informacji;
3) wyniki kontroli prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wystawiania zaświadczeń lekarskich wskazujące na zaistnienie okoliczności, o których mowa w art. 64a ust. 1, niezwłocznie, niepóźniej niż w terminie 7 dni od dnia ich ustalenia.

3. Informacje, o których mowa w ust. 1 i 2, obejmują imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer dokumentu tożsamości, oraz numer prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty oraz dane niezbędne do ustalenia podstawy i okresu zakazu albo cofnięcia upoważnienia, w tym dane dotyczące zdrowia świadczeniobiorców w zakresie niezbędnym do prowadzenia postępowania.

4. Wymiana informacji, o których mowa w ust. 1 i 2, odbywa się za pośrednictwem systemów teleinformatycznych Funduszu i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

5. Informacje, o których mowa w ust. 1 i 2, przechowuje się przez okres niezbędny do realizacji zadań określonych w niniejszym dziale, niedłużej jednak niż przez 10 lat od dnia zakończenia okresu zakazu albo okresu cofnięcia

upoważnienia. Dane dotyczące zdrowia świadczeniobiorców usuwa się albo anonimizuje po prawomocnym zakończeniu postępowania, chyba że ich dalsze przechowywanie jest niezbędne do rozpatrzenia nadzwyczajnego środka zaskarżenia lub wykonania obowiązku wynikającego z odrębnych przepisów.

Art. 64g. W okresie obowiązywania zakazu lekarz lub lekarz dentysta nie może udzielać świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od podstawy prawnej zatrudnienia lub współpracy ze świadczeniodawcą, w tym w ramach wykonywania praktyki zawodowej. Nie narusza to obowiązku udzielenia pomocy w przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, jeżeli pomoc innego lekarza lub lekarza dentysty nie może być zapewniona bez takiej zwłoki. Udzielenie pomocy w tych okolicznościach nie stanowi naruszenia zakazu.”;

20) w art. 97 w ust. 3e wyrazy „wysokości 0,3 %” zastępuje się wyrazami „wysokości do 0,3 %”;

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

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

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

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

23) 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 ze 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 w zakresie:

– zmiany miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
– dokumentów dotyczących 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 wraz z ich kwalifikacjami i czasem ich pracy,
– dokumentów dotyczących sprzętu medycznego 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,
– zgodności z przepisami prawa powszechnie obowiązującego,”,

– w lit. e średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. f w brzmieniu:

„f) realizację umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji;”;

24) w art. 112:

a) w ust. 1:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

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

– pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) świadczeniodawcami, właścicielami świadczeniodawcy, pracownikami świadczeniodawców lub osobami świadczącymi usługi na rzecz świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów;

2) właścicielami lub pracownikami aptek lub osobami świadczącymi usługi na rzecz 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;

25) po art. 132a dodaje się art. 132aa–132ad 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 wymiar czasu zatrudnienia rozumiany jako czas pracy, lub w przypadku umowy cywilnoprawnej lub innego aktu, na podstawie których powstaje stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy – jego równoważnik u wszystkich zatrudniających ją świadczeniodawców, w tym czas pracy poza zakładem leczniczym w ramach praktyki, o której mowa w art. 5 ust. 2 tej ustawy, nie przekroczy łącznie równowartości dwukrotności pełnego wymiaru czasu pracy w miesiącu kalendarzowym.

2. Pełny wymiar czasu pracy w miesiącu kalendarzowym 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 w dniu innym niż niedziela obniża pełen wymiar czasu pracy o 8 godzin.

3. Do łącznego wymiaru czasu zatrudnienia, o którym mowa w ust. 1, nie wlicza się czasu pozostawania poza zakładem leczniczym w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

1) o którym mowa w art. 98 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

2) w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy.

4. Osoba, o której mowa w ust. 1, przed zatrudnieniem w podmiocie leczniczym składa jego kierownikowi oświadczenie o łącznym maksymalnym wymiarze czasu zatrudnienia wynikającym z umów zawartych z zatrudniającymi ją świadczeniodawcami, w tym o czasie pracy poza zakładem leczniczym w ramach praktyki, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

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 zatrudnienia u innego zatrudniającego ją świadczeniodawcy, w tym zmiany czasu pracy poza zakładem leczniczym w ramach praktyki, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, bez zbędnej zwłoki, niepóźniej niż w terminie 7 dni od dnia wyrażenia przez nią zgody na tę zmianę albo jej wprowadzenia do praktyki.

6. Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w poradni przyszpitalnej, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są udzielane przez osobę wykonującą zawód lekarza, pielęgniarki, położnej, fizjoterapeuty lub ratownika medycznego, zatrudnioną na podstawie umowy zawartej przez tę osobę ze świadczeniodawcą lub aktu, na podstawie którego powstaje stosunek służbowy albo stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, w wymiarze czasu zatrudnienia niemniejszym 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 zatrudnienia 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.

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 czasu zatrudnienia niemniejszym niż połowa 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 wyrażenia zgody wymaga uzasadnienia na piśmie, w którym kierownik podmiotu leczniczego przedstawia osobie, o której mowa w ust. 6, ofertę zwiększenia wymiaru czasu zatrudnienia 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. 8, kierownik podmiotu leczniczego będącego zatrudniającym ją świadczeniodawcą:

1) gdy jest to uzasadnione niezaspokojonymi potrzebami kadrowymi podmiotu leczniczego w zakresie udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 6, składa tej osobie ofertę zwiększenia wymiaru zatrudnienia do co najmniej połowy pełnego wymiaru czasu, a w przypadku:
   a) przyjęcia nowych warunków zatrudnienia i podtrzymania wniosku o wyrażenie zgody, o której mowa w ust. 9 – wyraża zgodę, albo
   b) odmowy przyjęcia nowych warunków zatrudnienia i podtrzymania zamiaru zatrudnienia przez kolejnego świadczeniodawcę, o którym mowa w ust. 9 – odmawia wyrażenia 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;
2) gdy zwiększenie wymiaru zatrudnienia nie jest uzasadnione – odmawia wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 9.

12. W przypadku niezłożenia przez kierownika podmiotu leczniczego oświadczenia woli, o którym mowa w ust. 10 zdanie trzecie, 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 wyrażenie zgody, o której mowa w ust. 9, 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 na zasadach określonych w art. 94 tej ustawy, z wyłączeniem planowych świadczeń zabiegowych, oraz do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy geriatrów, patomorfologów lub psychiatrów. 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 udzielania i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze Prezes Funduszu, na wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na czasowe odstąpienie od wymogów określonych w ust. 1 i 6, na okres nieprzekraczający 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 wyrażenia zgody wymaga uzasadnienia na piśmie.

15. Niezajęcie stanowiska przez Prezesa Funduszu w terminie 14 dni oznacza wyrażenie zgody. Prezes Funduszu może cofnąć zgodę, jeżeli wyjdą na jaw nowe okoliczności nieznane mu w dniu jej wyrażenia wskazujące, że została ona udzielona mimo niespełniania przesłanek, o których mowa w ust. 14.

16. Do rozpatrywania wniosku, o którym mowa w ust. 14, nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego.

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 i 6 na okres 21 dni od dnia wystąpienia jednej z powyższych okoliczności.

18. Świadczenia zdrowotne objęte umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są udzielane na podstawie umowy lub innego aktu, na podstawie których 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 zatrudnienia i maksymalnego miesięcznego wynagrodzenia w przyjętym okresie rozliczeniowym niedłuższym 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, określają 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 na podstawie umowy o pracę albo aktu, na podstawie którego powstaje stosunek służbowy, 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. 7 stosuje się;
2) dodatki inne niż określony w pkt 1, przysługujące na podstawie ustawy, ustalone do wysokości w niej określonej – przepis ust. 8 stosuje się.

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 niewyższej niż określona w art. 65 tej ustawy – przepis ust. 9 stosuje się.

4. Świadczeniodawca może przyznać wynagrodzenie dodatkowe w związku z wykonywaniem przez osobę, o której mowa w ust. 1, funkcji kierowniczych w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, a także w przypadku wykonywania zadań dydaktycznych lub naukowych w zakładzie leczniczym tego świadczeniodawcy.

5. Świadczeniodawca może przyznać wynagrodzenie dodatkowe w związku z wykonywaniem przez osobę, o której mowa w ust. 1, określonych w umowie lub innym akcie, na podstawie którego powstaje stosunek pracy albo stosunek służbowy, zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie transplantologii klinicznej lub transplantologii klinicznej dla dzieci, polegających na pobieraniu lub przeszczepianiu narządów, świadczeń wysokospecjalistycznych lub świadczeń udzielanych w centrach urazowych lub centrach urazowych dla dzieci.

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

7. Maksymalne średniomiesięczne wynagrodzenie w przyjętym okresie rozliczeniowym niedłuższym 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 iloczyn ułamka odpowiadającego wymiarowi czasu zatrudnienia określonemu w umowie zawartej ze świadczeniodawcą lub w innym akcie, na podstawie którego powstaje stosunek służbowy albo stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, i kwoty ośmiokrotności minimalnego wynagrodzenia, przy czym łączna kwota wynagrodzenia pobieranego z tytułu zatrudnienia przez świadczeniodawców realizujących umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem łącznego wymiaru czasu zatrudnienia, o którym mowa w art. 132aa ust. 1, nie może przekroczyć średniomiesięcznie kwoty szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia w przyjętym okresie rozliczeniowym niedłuższym niż 4 miesiące.

8. W przypadku przyznania dodatków, o których mowa w ust. 2 pkt 2 lub w ust. 3, lub przyznania wynagrodzenia dodatkowego z tytułu zadań, o których mowa

w ust. 4 lub 5, maksymalne średniomiesięczne wynagrodzenie w przyjętym okresie rozliczeniowym niedłuższym niż 4 miesiące, o którym mowa w ust. 7, 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 iloczyn ułamka odpowiadającego wymiarowi czasu zatrudnienia określonemu w umowie zawartej ze świadczeniodawcą lub w innym akcie, na podstawie którego powstaje stosunek służbowy albo stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, i kwoty dwunastokrotności minimalnego wynagrodzenia, przy czym łączna kwota wynagrodzenia pobieranego z tytułu zatrudnienia przez świadczeniodawców realizujących umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem łącznego wymiaru czasu zatrudnienia, nie może przekroczyć średniomiesięcznie kwoty szesnastokrotności minimalnego wynagrodzenia w przyjętym okresie rozliczeniowym niedłuższym niż 4 miesiące.

9. 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.

10. Osoba, o której mowa w ust. 1, składa przed podjęciem zatrudnienia 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, określonym w umowach zawartych z zatrudniającymi ją świadczeniodawcami realizującymi umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub w innych aktach, na podstawie których powstaje stosunek pracy albo stosunek służbowy.

11. 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. 7 i 8, w terminie 7 dni od dnia wystąpienia tej zmiany. Kierownik podmiotu leczniczego bez zbędnej zwłoki, niepóźniej niż w terminie 3 dni roboczych, przedstawia zmiany w umowie o pracę,

akcie, na podstawie którego powstaje stosunek służbowy, lub umowie lub innym akcie, na podstawie których powstał stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, niezbędne do zachowania łącznego maksymalnego wynagrodzenia 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, lub podejmuje działania niezbędne do niezwłocznego uchylenia innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek służbowy albo stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy.

12. 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.

Art. 132ac. 1. Oświadczenia, o których mowa w art. 132aa ust. 4, 8 i 12 oraz art. 132ab ust. 10 i 11, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli o następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

2. Oświadczenia, o których mowa w art. 132aa ust. 4, 8 i 12 oraz art. 132ab ust. 10 i 11, 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 wygasł.

Art. 132ad. 1. Świadczeniodawca nie może powierzyć udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lekarzowi lub lekarzowi dentyście objętemu zakazem, o którym mowa w art. 64a lub art. 64e.

2. Świadczeniodawca jest obowiązany codziennie, przed rozpoczęciem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym dniu, zweryfikować w rejestrze zakazów, czy lekarze i lekarze dentyści udzielający w jego imieniu świadczeń nie są objęci zakazem. Weryfikację dokumentuje się przez utrwalenie daty, godziny, numeru prawa wykonywania zawodu oraz wyniku sprawdzenia. W razie niedostępności rejestru utrwala się informację o awarii, korzysta z ostatniego dostępnego wyniku i ponawia sprawdzenie niezwłocznie po przywróceniu dostępności rejestru.

3. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez lekarza lub lekarza dentystę objętego wykonywanym zakazem. Środki wypłacone z tytułu takich świadczeń podlegają zwrotowi w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania do zwrotu, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia następującego po upływie tego terminu. W przypadku świadczenia udzielanego przez zespół zwrot obejmuje część wynagrodzenia odpowiadającą udziałowi lekarza objętego zakazem, ustaloną na podstawie zakresu wykonanych przez niego czynności i zasad rozliczenia świadczenia określonych w umowie.

4. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa karę umowną za naruszenie obowiązku, o którym mowa w ust. 1 lub 2, nieprzekraczającą 1 % kwoty zobowiązania Funduszu wynikającej z umowy za rok, w którym doszło do naruszenia. Przy określaniu wysokości kary uwzględnia się wagę, czas trwania i skutki naruszenia oraz działania świadczeniodawcy służące jego usunięciu.

5. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się, jeżeli świadczeniodawca dochował obowiązku, o którym mowa w ust. 2, a brak informacji o wykonywanym zakazie wynikał z opóźnienia aktualizacji lub niedostępności rejestru, chyba że świadczeniodawca wiedział o zakazie. Przepisów ust. 1, 3 i 4 nie stosuje się do pomocy udzielonej w okolicznościach określonych w art. 64g zdanie drugie.”;

26) 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;

27) 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 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, dotyczącej:

– zawarcia, wykonywania i zakończenia stosunku pracy lub stosunku innego niż stosunek pracy albo stosunek służbowy,

– kwalifikacji i uprawnień zawodowych,

– ewidencjonowania czasu pracy lub świadczenia usług na rzecz świadczeniodawcy

– w celu i w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z ustawy,

b) dokumentacji medycznej, w zakresie niezbędnym do weryfikacji dokumentacji, o której mowa w lit. a.”;

28) 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, nie dopełnia tego obowiązku,
14) będąc zobowiązanym do zapewnienia możliwości dokonywania wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, za pośrednictwem SIM, zgodnie z art. 56 ust. 4 tej ustawy, nie dopełnia tego obowiązku,
15) będąc objętym zakazem, o którym mowa w art. 64a lub art. 64e, w okresie wykonywania zakazu, z wyłączeniem okoliczności określonych w art. 64g zdanie drugie, udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

16) będąc osobą odpowiedzialną za powierzenie udzielania świadczeń u świadczeniodawcy, umyślnie dopuszcza do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lekarza lub lekarza dentystę objętego wykonywanym zakazem, z wyłączeniem okoliczności określonych w art. 64g zdanie drugie, o którym mowa w art. 64a lub art. 64e

– podlega karze grzywny.

2. Za wykroczenia określone w ust. 1 pkt 5–7 i 9–16 grzywnę wymierza się w wysokości do 30 000 złotych.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2026 r. poz. 854 i 1123) w art. 60:

1) po ust. 2a dodaje się ust. 2b–2d w brzmieniu:

„2b. W okresie obowiązywania zakazu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o którym mowa w art. 64a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.[3)]), upoważnienie, o którym mowa w art. 54 ust. 1, udzielone lekarzowi lub lekarzowi dentyście objętemu tym zakazem ulega zawieszeniu z mocy prawa.

2c. Zakład Ubezpieczeń Społecznych uniemożliwia wystawianie zaświadczeń lekarskich przez osobę, o której mowa w ust. 2b, w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 55 ust. 1, od dnia rozpoczęcia wykonywania zakazu wskazanego w informacji od Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, niewcześniej jednak niż od dnia otrzymania tej informacji. Zakład niezwłocznie przywraca możliwość wystawiania zaświadczeń po zakończeniu zakazu albo otrzymaniu informacji o jego ustaniu lub wstrzymaniu wykonania. Zawieszenie upoważnienia nie uniemożliwia sprostowania zaświadczenia wystawionego przed rozpoczęciem zakazu, na zasadach określonych w art. 58a.

2d. W okresie wstrzymania wykonania zakazu zawieszenie, o którym mowa w ust. 2b, nie wywołuje skutków.”;

2) po ust. 7 dodaje się ust. 7a w brzmieniu:

„7a. W przypadku zawieszenia, o którym mowa w ust. 2b, udzielone przez wystawiającego zaświadczenia lekarskie upoważnienia do wystawiania tych

---

3) 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.

zaświadczeń ulegają zawieszeniu na ten sam okres. Zakończenie albo wstrzymanie wykonywania zakazu powoduje odpowiednio ustanie albo wstrzymanie skutków tego zawieszenia. Zakład Ubezpieczeń Społecznych niezwłocznie przekazuje informację o zawieszeniu oraz o ustaniu albo wstrzymaniu jego skutków ministrowi właściwemu do spraw zdrowia za pośrednictwem systemu teleinformatycznego obsługującego Rejestr Asystentów Medycznych.”;

3) dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

„9. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przekazuje Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia informacje, o których mowa w art. 64f ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w terminach i w sposób określony w tym przepisie.”.

Art. 3. 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) wprowadza się następujące zmiany:

1) 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 rasę, pochodzenie etniczne, obywatelstwo, narodowość, wyznanie, orientację seksualną, niepełnosprawność, płeć, wiek, przynależność polityczną czy też stan cywilny, chyba że odmienne 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.”;

2) w art. 12 dodaje się ust. 4–6 w brzmieniu:

„4. Pacjent ma prawo do informacji, że lekarz lub lekarz dentysta, który ma udzielić mu świadczenia zdrowotnego, jest objęty zakazem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o którym mowa w art. 64a lub art. 64e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.[4)]).

5. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przekazuje informację, o której mowa w ust. 4, w sposób wyraźny i zrozumiały:

1) przy rejestracji na świadczenie zdrowotne, w tym dokonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych;
2) przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego;
3) w publicznie udostępnianej przez ten podmiot lub na jego rzecz informacji umożliwiającej wybór lekarza lub lekarza dentysty i rezerwację wizyty, w tym na stronie internetowej i w serwisach rezerwacji wizyt. Informacja wyraźnie wskazuje, że zakaz dotyczy świadczeń finansowanych ze środków publicznych, oraz wskazuje okres jego obowiązywania, wniesienie odwołania i wstrzymanie wykonania, jeżeli takie dane ujawniono w rejestrze; informacje aktualizuje się w następnym dniu roboczym po uzyskaniu wiadomości o zmianie wpisu.

6. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany codziennie weryfikować w rejestrze zakazów, o którym mowa w art. 64d ustawy wymienionej w ust. 4, czy lekarze i lekarze dentyści udzielający w nim świadczeń zdrowotnych nie są objęci zakazem. Przepisy art. 132ad ust. 2 zdanie drugie i trzecie ustawy wymienionej w ust. 4 stosuje się odpowiednio.”;

3) po art. 69a dodaje się art. 69b w brzmieniu:

„Art. 69b. 1. W przypadku naruszenia obowiązków, o których mowa w art. 12 ust. 5 lub 6, Rzecznik może nałożyć na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, w drodze decyzji, karę pieniężną do wysokości 1 000 000 złotych.

2. Kary nie nakłada się, jeżeli podmiot udokumentował prawidłową weryfikację rejestru, a naruszenie wynikało z jego niedostępności lub nieaktualności danych, chyba że podmiot wiedział o zakazie.

3. Do postępowania w sprawie nałożenia kary stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, w tym przepisy działu IVa. Przy ustalaniu wysokości kary uwzględnia się również wielkość podmiotu, jego możliwości finansowe i liczbę pacjentów, których dotyczyło naruszenie.”;

4) w art. 70 wyrazy „art. 68 i 69” zastępuje się wyrazami „art. 68, art. 69 i art. 69b”;

---

4) 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.

5) w art. 71 w ust. 1 wyrazy „art. 68 i 69” zastępuje się wyrazami „art. 68, art. 69 i art. 69b”.

Art. 4. W ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 oraz z 2023 r. poz. 1234) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 50 w ust. 1 w pkt 3 kropkę na końcu zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) rejestru zakazów, o którym mowa w art. 64d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.[5)]), w zakresie danych, o których mowa w art. 64d ust. 2 tej ustawy.”;

2) w art. 51 w pkt 2 kropkę na końcu zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) rejestru, o którym mowa w art. 50 ust. 1 pkt 4 – w dniu dokonania wpisu, jego zmiany albo wykreślenia.”;

3) w art. 52 w ust. 4 po wyrazach „31–34 i 42–44” dodaje się wyrazy „oraz dane, o których mowa w art. 50 ust. 1 pkt 4”.

Art. 5. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156 i 972) 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 leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, indywidualna praktyka zawodowa wyłącznie w miejscu wezwania lub

---

5) 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.

indywidualna specjalistyczna praktyka zawodowa wyłącznie w miejscu wezwania, 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 lub w miejscu wezwania.”,

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:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Z przyjmującym zamówienie udzielający 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. 6. 1. Umowy między świadczeniodawcami a osobami wykonującymi zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 5, 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 art. 132ab ustawy zmienianej w art. 1 oraz określonych w art. 26 lub art. 27 ustawy zmienianej w art. 5, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, dostosowuje się do wymogów wprowadzonych niniejszą ustawą w terminie niedłuższym niż 6 miesięcy od dnia jej wejścia w życie.

2. W celu dostosowania umów lub innych aktów, 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. 10 ustawy zmienianej w art. 1, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania od kierownika podmiotu leczniczego będącego świadczeniodawcą zatrudniającym tę osobę.

3. W celu dostosowania umów lub innych aktów, o których mowa w ust. 1, osoba, o której mowa w art. 132aa ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1, która jest zatrudniona przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, o którym mowa w art. 132aa ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1, 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 terminie 14 dni od dnia jego otrzymania. W przypadku niewyrażenia zgody przepis art. 132aa ust. 10 ustawy zmienianej w art. 1 stosuje się.

5. Osoba, o której mowa w art. 132aa ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1, informuje bez zbędnej zwłoki, niepóźniej 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, o braku zgody świadczeniodawcy podstawowego i:

1) rozwiązuje umowę o pracę z zachowaniem okresu wypowiedzenia niedłuższego niż określony w art. 36 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2026 r. poz. 1245) lub
2) wypowiada umowę, na podstawie której powstał stosunek inny niż stosunek pracy, z zachowaniem okresu wypowiedzenia niedłuższego niż miesiąc, lub
3) podejmuje niezwłocznie działania niezbędne do uchylenia innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek służbowy albo stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, a organ właściwy uchyla ten akt w terminie niedłuższym niż 3 miesiące od dnia powiadomienia o braku zgody świadczeniodawcy podstawowego.

6. W przypadku braku dostosowania umów lub innych aktów, o których mowa w ust. 1, do wymogów wprowadzonych niniejszą ustawą kierownik podmiotu leczniczego będącego świadczeniodawcą zatrudniającym osobę, o której mowa w ust. 1:

1) rozwiązuje umowę o pracę z zachowaniem okresu wypowiedzenia niedłuższego niż określony w art. 36 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy lub
2) wypowiada umowę, na podstawie której powstał stosunek inny niż stosunek pracy, z zachowaniem okresu wypowiedzenia niedłuższego niż miesiąc, lub
3) podejmuje niezwłocznie działania niezbędne do uchylenia innego aktu, na podstawie którego powstał stosunek służbowy albo stosunek inny niż stosunek pracy albo stosunek służbowy, a organ właściwy uchyla ten akt w terminie niedłuższym niż 3 miesiące od dnia zawiadomienia przez kierownika podmiotu leczniczego.

7. Kierownik podmiotu leczniczego będącego świadczeniodawcą zatrudniającym osobę, o której mowa w ust. 1, dokonuje czynności, o których mowa w ust. 6, w terminie umożliwiającym rozwiązanie umów albo uchylenie innych aktów będących podstawą zatrudnienia tej osoby niepóźniej niż w terminie, o którym mowa w ust. 1.

8. W terminie 6 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 art. 132aa i art. 132ab ustawy zmienianej w art. 1.

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 art. 132ab ustawy zmienianej w art. 1 postanowienia te są nieważne w zakresie, w jakim są sprzeczne z wymogami określonymi w art. 132aa i art. 132ab ustawy zmienianej w art. 1. W przypadku, o którym mowa w zdaniu pierwszym w zakresie nieważnych postanowień układów zbiorowych pracy, innych niż układy zbiorowe pracy porozumień zbiorowych oraz regulaminów wynagradzania stosuje się przepisy prawa pracy.

Art. 7. W okresie kwalifikacji do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczenia opieki zdrowotnej, który rozpoczął się z dniem 1 stycznia 2023 r., świadczeniodawca zakwalifikowany do tego systemu, udzielający świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, może zaprzestać udzielania tych świadczeń po upływie 3 miesięcy od dnia przekazania dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o zamiarze zaprzestania ich udzielania.

Art. 8. Przepisy art. 64a ustawy zmienianej w art. 1 stosuje się do naruszeń, których dopuszczono się od dnia wejścia w życie tych przepisów.

Art. 9. Przepisy art. 64e ustawy zmienianej w art. 1 stosuje się wyłącznie do decyzji o cofnięciu upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich, których podstawę stanowią naruszenia popełnione od dnia wejścia w życie tych przepisów. Jeżeli decyzja obejmuje również wcześniejsze naruszenia, zakaz z mocy prawa nie powstaje.

Art. 10. 1. Do dnia wejścia w życie art. 64a–64g ustawy zmienianej w art. 1 Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia uruchomi rejestr zakazów, interfejs programistyczny oraz wymianę informacji z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

2. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przed dniem wejścia w życie art. 132ad ustawy zmienianej w art. 1 dostosowuje się do wymogu określonego w art. 132ad ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1 w terminie 3 miesięcy od tego dnia. Do czasu dostosowania umowy nie stosuje się kary umownej określonej w tym przepisie.

Art. 11. W latach 2027–2031 minimalna wysokość odpisu przekazywanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wynosi:

1) w 2027 r. – 200 000 tys. zł;
2) w 2028 r. – 550 000 tys. zł;
3) w 2029 r. – 350 000 tys. zł;
4) w 2030 r. – 350 000 tys. zł;
5) w 2031 r. – 350 000 tys. zł.

Art. 12. Ustawa wchodzi w życie po upływie miesiąca od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 19, pkt 25 w zakresie art. 132ad i pkt 28 w zakresie art. 193 ust. 1 pkt 15 i 16 oraz rozszerzenia zakresu art. 193 ust. 2 na te punkty, art. 2, art. 3 pkt 2–5 oraz art. 4, które wchodzą w życie po upływie 6 miesięcy od dnia ogłoszenia.

MARSZAŁEK SEJMU

(-) Włodzimierz Czarzasty

……

T ł o c z o n o z p o l e c e n i a M a r s z a ł k a S e n a t u

…….....